

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1954

THÈSE

1002^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel, Paul RACLOT

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 12 Février 1921 à Bar-le-Duc (Meuse)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DÉTÉRIORATION MENTALE
DANS LES PSYCHOSES

Président de Thèse : Monsieur DELAY (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS (VI^e)

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE
-:-

N°

Nom du Candidat : RACLOT

Prénoms : Marcel, Paul

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

RACLOT (Marcel,
Paul) - IHPS.- CON-
TRIBUTION A L'ETUDE
DE LA DETERIORATION
MENTALE DANS LES
PSYCHOSES.- Paris,
DACTYLO-SORBONNE,
1954, in-4°, 138
pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1954 N°)

RACLOT (Marcel,
Paul) - IHPS.- CON-
TRIBUTION A L'ETUDE
DE LA DETERIORATION
MENTALE DANS LES
PSYCHOSES.- Paris,
DACTYLO-SORBONNE,
1954, in-4°, 138
pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1954 N°)

RACLOT (Marcel,
Paul) - IHPS - CON-
TRIBUTION A L'ETUDE
DE LA DETERIORATION
MENTALE DANS LES
PSYCHOSES.- Paris,
DACTYLO-SORBONNE,
1954, in-4°, 138
pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1954 N°)

RACLOT (Marcel,
Paul - IHPS.- CON-
TRIBUTION A L'ETUDE
DE LA DETERIORATION
MENTALE DANS LES
PSYCHOSES.- Paris
DACTYLO-SORBONNE,
1954, in-4°, 138
pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1954 N°)

la Seine
euse)

eur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1954.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie pathologique	DELARUE (R)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education physique } et aux Sports }	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M)
Cliniques chirurgicales {	Hôtel-Dieu BROCC (P)
	Broussais de GAUDART d'ALLAINES (P)
	Salpêtrière MONDOR (H)
	Cochin QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et } orthopédique }	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de chirurgie infantile et } d'orthopédie }	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et } syphilitiques }	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY (J)
Clinique du diabète sucré et des maladies } de la nutrition }	BOULIN (R)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)

MM.

Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu	BENARD (H)
	{ Bichat	LAROCHE (G)
	{ Cochin	MOREAU
	{ Broussais	de GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	}	JUSTIN-BESANÇON (L)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT
Cliniques obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
	{ Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique Oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des pro- blèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	}	RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	}	GAILLIARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physiologie		BINET (L)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)		DOGNON (A)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIREMAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

MM.

Anatomie	{	N...
	{	DEBEYRE (J)
	{	DELMAS (A) Pr s ch
Anatomie pathologique	{	N...
	{	GAUTHIER-VILLARS
	{	(Melle P) Pr s ch
	{	BUSSER (F)
	{	GOUYGOU (C)
Bactériologie	{	FASQUELLE (R)
Biologie médicale	{	NEVOT (A)
	{	BOURLIERE (F)
Chimie médicale	{	ETTORI (J) Pr s ch
	{	JAYLE (M F) Pr s ch
	{	SCHAPIRA (G)
Dermato-syphiligraphie	{	DUPERRAT (F)
	{	BULLIARD (H) Pr s ch
Histologie	{	COUJARD (R)
	{	N...
Hydrologie	{	DEBRAY (C)
Hygiène	{	BOYER (J)
	{	DEPARIS (M)
	{	DEROBERT (L)
Médecine légale et du Travail	{	GAULTIER (J)
	{	HADENGUE (A)
Neurochirurgie	{	DAVID (M)
Neurologie	{	SEZE (S de)
	{	GRASSET (J)
	{	LEPAGE (F)
Obstétrique	{	MAYER (M)
	{	MERGER (R)
	{	MORIN (P)
	{	RAVINA (J)
	{	VARANGOT (J)
Ophtalmologie	{	OFFRET (G)
	{	DESVIGNES (P)
	{	HALPHEN (E) Pr s ch
Oto-rhino-laryngologie	{	AUBRY (M)
	{	MADURO (R)
Parasitologie	{	BRUMPT (L)
Parasitologie coloniale	{	CHABAUD (A)
	{	ABOULKER (P)
Pathologie chirurgicale	{	BAUMANN (J)
	{	GOSSET (J)

MM.

	(	HUGUIER (J)
	(	LAURENCE (G)
	(	LEGER (L)
	(	LORTAT-JACOB (J)
	(	OLIVIER (Cl)
Pathologie chirurgicale	(	PADOVANI (P)
	(	POILLEUX (M)
	(	ROUX (M)
	(	RUDLER (J C)
	(	VERNE (J M)
Pathologie expérimentale	(	MERKIEN (P)
	(	BERNARD (J)
	(	BOUDIN (G)
	(	CASTAIGNE (P)
	(	CONTE (M)
	(	DECOURT (J)
	(	DOMART (A)
Pathologie médicale	(	DREYFUS (Gilbert)
	(	FAUVERT (R)
	(	HAMBURGER (J)
	(	KOURILSKY (R)
	(	LAMOTTE (M)
	(	LAROCHE (C)
	(	MILLIEZ (P)
	(	PEQUIGNOT (H)
	(	PERRAULT (M)
	(	RAMBERT (P)
	(	THIEFFRY (St)
	(	TURIAF (J)
Pédiatrie	(	JOSEPH (R)
	(	LAPLANE (R)
	(	MARIE (J)
Pharmacologie	(	LEVY (Melle J) Pr s ch
	(	CHEYMOL (J H) Pr s ch
Physiologie	(	BARGETON (D) Pr s ch
	(	PARROT (J L)
Physique médicale	(	DJOURNO (A) Pr s ch
	(	GOUGEROT (L)
Pneumo-phtysiologie	(	KREIS (B)
Psychiatrie	(	BARUK (H)
Psychiatrie infantile	(	MICHAUX (L)
Stomatologie	(	CERNEA (P)
	(	CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	(	PERRAULT
		chargé d'enseign.
Urologie	(	KUSS (R)
Orthopédie	(	JUDET (R)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

(pour le service des examens)

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V) (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ARRUEL.

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale.....	(AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A) BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENAU (M) Pr s ch MARCHAL (G) SCULIE (E)
Clinique médicale	(ECALLE (G) SUREAU (M) REHARD (G)
Clinique obstétricale	(COUVELAIRE (R)
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	

- 3 -

	MM.
Secrétaire Général de la Faculté.....	MOREL (J)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G)

- 3 -

Conservateur, chargé de la Direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Melle GOICHON
	(Melles DUMAITRE (P) LE NOIR (G) METIN (F) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	

- 4 -

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- 4 -

A mon Père,
in memoriam

A ma Mère,
en témoignage de toute mon
affection et de ma reconnaissance.

A ma Femme,

A mes Amis.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Jean DELAY,
Professeur de Clinique des Maladies
mentales et de l'encéphale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Docteur ès-Lettres,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Il m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a guidé dans son
élaboration,

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de mon respect et
de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur PICHOT,

Il nous a enseigné la psychologie,

Il n'a cessé de nous aider de ses conseils
dans l'élaboration de cette thèse,

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance et
de mon sincère attachement.

A Monsieur J. PERSE,

Chef de Laboratoire de Psychologie

Qui a bien voulu nous apporter toute son
aide et se charger de l'élaboration
statistique des résultats,

En témoignage de ma reconnaissance et de
toute mon amitié !

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Xavier ABELY,

Qui a bien voulu me faciliter l'examen
des malades de son Service et
donner son appréciation clinique
sur la détérioration des
malades étudiés dans cette thèse.

A mes Conférenciers

d'Externat et d'Internat,

Monsieur le Professeur Agrégé GAULTIER,

Monsieur le Docteur BRICAIRE,

Monsieur le Docteur LAMOTTE,

Monsieur le Docteur DESFOSSES,

Monsieur le Docteur HOUDARD.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Docteur CHARRIER,
Monsieur le Docteur CHIGOT,
Monsieur le Professeur FIESSINGER, in memoriam
Monsieur le Professeur LELONG,
Monsieur le Professeur HARVIER,
Monsieur le Professeur LACOMME,
Monsieur le Professeur Agrégé de SEZE,
Monsieur le Professeur Agrégé GARCIN,
Monsieur le Docteur EVEN,
Monsieur le Professeur HEUYER,

Internat des Hôpitaux psychiatriques :

Monsieur le Docteur BESSIERE,
Monsieur le Professeur Agrégé DAVID,
Monsieur le Docteur X. ABELY,
Monsieur le Professeur Agrégé MICHAUX,
Monsieur le Docteur BROUSSEAU,
Monsieur le Docteur CENAC,
Monsieur le Docteur GALLOT,
Monsieur le Professeur DELAY.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA DETERIORATION MENTALE
DANS LES PSYCHOSES

-:-

CHAPITRE I

- :-

D E F I N I T I O N

- :- :- :-

La détérioration mentale c'est "la perte d'efficience générale du sujet par rapport à celle qu'il avait avant sa maladie".

(Pichot - "Les tests mentaux en psychiatrie")

Il s'agit donc :

1° d'efficience générale

2° de niveau comparé à un niveau antérieur.

Et selon Wechsler :

"une personne sera considérée comme donnant des signes de détérioration mentale quand elle n'est plus capable d'accomplir ses tâches intellectuelles avec la rapidité, la précisions, l'efficacité qui caractérisaient auparavant son niveau fonctionnel".

Il s'agit donc d'apprécier un fonctionnement, une capacité - (sans se poser de questions sur l'intelligence elle-même, ni sur le pronostic de la perte actuellement mesurée).

Ainsi toute définition de la D.M. est-elle opérationnelle.

Il ne s'agit pas non plus d'apprécier une "Faculté intellectuelle" spéciale - Si l'on étudie des capacités particulières (mémoire, compréhension, raisonnement, solution de certains problèmes, etc...), c'est en fait pour en tirer une appréciation générale.

Le but, dans toutes les méthodes, reste donc le même - Seuls différeront les moyens proposés.

Ainsi :

"La mesure de la D.M. repose, plus ou moins implicitement sur la conception d'une efficience globale.

Ce qui l'oppose à la mesure du SCATTER mesure des déficits spécifiques".

-:-

CHAPITRE II

-- :-

-- METHODES DE MESURE --

-- :- :- :- :- :-

LE FOND DE LA DIFFICULTE

Il consiste en ce fait que la mesure de la D.M. suppose non seulement l'appréciation d'un fonctionnement actuel, mais sa comparaison avec un fonctionnement antérieur à la maladie.

Toutes les méthodes reposent donc sur l'hypothèse - valable a priori et confirmé expérimentalement - que certains tests tiennent à la maladie (ou à la sénilité) et que d'autres ne tiennent pas. Il serait plus exact de dire que certains tests tiennent bien et que d'autres tiennent mal.

1/ - METHODE LONGITUDINALE

La méthode longitudinale permet d'échapper à ce dilemme. Mais elle n'est qu'exceptionnellement possible. Elle consiste en effet à comparer des tests passés après la maladie, aux mêmes tests passés avant la maladie. On conçoit le caractère rarissime de ce hasard dans la pratique courante.

A cet égard un article de Rappaport (1950) revêt une importance particulière. Il rapporte une étude concernant des malades ayant un diagnostic indiscutable de schizophrénie et ayant eu antérieurement un Q I au cours de leur scolarité.

Or la perte moyenne de points de Q.I. de l'état prémorbide à la psychose était significative.

Cette perte parut liée à des "facteurs d'attitude" tels que : incapacité de soutenir l'attention, troubles émotionnels, défaut de liaison, etc...

: Et les auteurs concluent que dans la schizophrénie existe une "détérioration opérationnelle" qui semble bien liée à "des facteurs d'attitude".

Bien que les subtests de Wechsler utilisés dans cette étude aient mieux résisté que des tests "papier crayon", ils n'ont pas donné une estimation exacte du Q I prémorbide. Or il s'agissait des subtests : Vocabulaire, information, compréhension.

Les conclusions finales de cette "étude longitudinale" de Rappaport sont les suivantes :

- 1 - Perte en Q I vraiment significative quand on compare le niveau prépsychotique au niveau psychotique chez ces schizophrènes.
- 2 - La perte en efficience intellectuelle semble due à des facteurs tels que attention, concentration, négativisme, préoccupation et apathie.
- 3 - Les subtests de Wechsler (Information, compréhension, vocabulaire) isolés ou combinés, ne sont pas des indices valables pour apprécier le Q I prémorbide.

Et l'étude se termine par un regret devant la difficulté d'avoir de tels sujets de recherche et la nécessité d'obtenir la coopération d'institutions ou d'écoles publiques.

2/ L'utilisation d'un niveau culturel comme appréciation de l'état prémorbide - est également possible, étant donné la corrélation élevée entre niveau culturel et intelligence générale.

3/ LES METHODES USUELLES

(Comparaison de tests qui tiennent bien et de tests qui tiennent mal).

La mesure du niveau antérieur se fait :

- 1° avec une série de subtests : Ainsi dans la mesure par le W.B qui utilise en fait un scatter entre 2 groupes de tests et aboutit à un "Index de détérioration".

2° plus souvent avec un test de vocabulaire d'un type ou d'un autre. Il en est ainsi dans l'échelle de détérioration de BABCOCK LEVY, dans celle de HUNT MINNESOTA, dans celle de SHIPLEY HARTFORD, dans celle de RAVEN, etc...

CHAPITRE III

-:-

- ECHELLES DE DETERIORATION -

(en dehors du W.B.)

-:-:-:-

SHIPLEY HARTFORD

HUNT MINNESOTA

BABCOCK LEVY

MATRIX

7 en série de HAYMAN

L'ECHELLE DE SHIPLEY HARTFORD

Elle compare :

- 1° Un test de vocabulaire avec synonymes de 40 mots (le sujet a à choisir entre 4 mots pour chaque mot inducteur).
- 2° Un test de pensée abstraite conceptuelle qui comprend 20 questions de type varié, appelé "tests de raisonnement".

Il s'agit de "problèmes à compléter".

Le sujet doit trouver le principe nécessaire à la solution.

"Ce test se réclame des travaux de GOLDSTEIN, mais aucune corrélation n'a été établie avec les tests de pensée conceptuelle de GOLDSTEIN" (PICHOT).

L'échelle donne un résultat en quotient conceptuel (C.Q.).

Le C.Q. est = $\frac{\text{age conceptuel}}{\text{age vocabulaire}} \times 100$

et un quotient < 70 est probablement pathologique.

Malheureusement l'échelle de SHIPLEY HARTFORD ne tient pas compte de l'âge chronologique.

Elle est cependant plus valable statistiquement que l'Echelle de BABCOCK basée sur l'index d'efficacité.

Malgré ces critiques, la valeur du C.Q. repose sur l'observation clinique expérimentale : "dans les degrés moyens de détérioration le vocabulaire est relativement in affecté, tandis que la capacité de pensée abstraite décline rapidement".

Et si le test de vocabulaire doit être retenu c'est que :

- 1° il semble plus résistant que la capacité d'abstraction ;
 - 2° il a une corrélation plus haute avec les tests d'intelligence générale que les tests de performance ;
- il a de plus une corrélation de . 64 avec le score

verbal du W.B.

Une application du S.H. a été faite par WRIGHT (1946) à 977 malades, de 27 à 64 ans.

62 % de ces malades neuropsychiatriques ont eu tendance à montrer une perte de l'efficacité du fonctionnement intellectuel. La courbe de distribution de l'intelligence originelle de ces malades s'est montrée semblable à celle obtenue par le W.B.

Et WRIGHT de conclure que le S.H. peut être utilisé comme estimation de fonctionnement intellectuel.

Mais, une étude de GARFIELD (1947) insiste sur la nécessité d'interpréter avec précaution les scores bas : "l'âge mental garanti par le S.H. ne peut être interprété comme un âge mental valide, particulièrement pour les sujets de la 1/2 inférieure de la distribution intellectuelle".

FLEMING, sur 20 cas de mélancolie a trouvé avec le S.H. une baisse du Q.C. à un degré nettement pathologique.

L'ECHELLE DE HUNT MINNESOTA -

Le test de HUNT MINNESOTA est spécialement indiqué pour la détection clinique quotidienne des atteintes cérébrales organiques, surtout si l'atteinte est apparue après l'âge de 14 ou 15 ans.

Il comporte 3 éléments principaux :

- 1° le test vocabulaire STANFORD BINET 1937, (en 5ème position dans la batterie), et qui est relativement insensible au dommage cérébral.
- 2° une série de 6 tests d'apprentissage-réponse (n° 1, 2, 3, 4, 15, 16) sensibles au dommage cérébral.
- 3° un groupe de tests intercalés qui servent comme indicateurs de validité.

Le score vocabulaire et l'âge des sujets sont utilisés pour calculer le score que le sujet normal devrait obtenir aux "learning tests".

La différence entre le score attendu et le score obtenu s'exprime finalement en T scores.

Des T scores importants sont caractéristiques des sujets qui ont une détérioration intellectuelle. Et inversement des T scores peu élevés viennent d'une bonne performance aux "learning tests".

La batterie convient aux sujets, de l'un et l'autre sexe, qui ont un âge mental estimé à 9 ans ou plus, d'âge chronologique de 16 à 70 ans, qui ont eu une bonne scolarité; et - c'est nous qui ici soulignons - qui lisent et parlent l'Anglais et qui ont reçu une assez bonne culture américaine.

Il est également nécessaire d'avoir une certaine coordination musculaire, une aussi bonne acuité sensorielle que possible, une volonté de coopérer et de soutenir l'attention et de faire l'effort nécessaire.

La batterie totale demande environ 30 minutes, la forme courte seulement 15 minutes. La corrélation entre les 2 formes est de .99, or la forme courte comporte la première partie de la batterie (1 à 5), et on peut alors continuer sans perte de temps si on le juge utile.

Il y a une relation relativement étroite entre l'ampleur des T scores et l'état clinique des sujets ; des T scores plus élevés étant associés à une grande détérioration.

La limite entre normal et anormal se situe à un T score de 70.

Toutefois, l'écart de 68 à 72 est considéré comme limite.

Le test - selon HUNT - est principalement sensible à la

détérioration de fonctions intellectuelles élevées (corticales). Il faut une relativement grande destruction de tissu cérébral et de gros désordres neurologiques pour qu'il indique une détérioration.

L'interprétation finale doit tenir compte des facteurs de l'histoire biographique et de l'état clinique qui doivent orienter dans un sens ou l'autre quand le T score est limite. Et on doit prendre de plus grandes précautions aux âges extrêmes et aux niveaux extrêmes d'intelligence.

Ajoutons que si les tables ont été établies sur un petit échantillon, la standardisation a été faite avec grand soin.

Selon HUNT (HOWARD.F) 1943 :

Le test est un test pratique de BRAIN DAMAGE "la batterie s'est montrée en général d'un usage courant, et satisfaisante pour l'usage en clinique neuropsychiatrique.

Elle aide également le pronostic, car de hauts scores de détérioration mentale indiquant une atteinte irréversible, mais on doit se rappeler que de tels malades sont souvent capables de vivre en société d'une manière routinière).

La batterie s'est montrée valable pour des sujets de 16 à 70 ans, d'âge mental estimé à 8 ans ou plus, et de culture américaine normale."

- MEEHL (1946) attire l'attention sur le fait que le HUNT n'est pas vraiment spécifique de Brain damage, et "qu'il faut interpréter avec attention un score de HUNT significatif quand il est obtenu sur un malade considérablement déprimé".

- De même la validité du H.M. est mise en cause par MALAMUD (1946).

MALAMUD a appliqué le H.M. à 64 employés supposés normaux:

55 % ont eu des scores indiquant un trouble pathologique organique,

ainsi ajoute-t-il, étant donné ces nombreux résultats faussement positifs, la validité du H.M. pour le diagnostic d'atteinte organique doit être sérieusement mise en question.

L'ECHELLE DE BABCOCK LEVY - Forme 3 - 1941

Elle utilise 31 tests, plus le vocabulaire de Terman.

Les résultats sont chiffrés en Index d'efficience

Index d'efficience :

= score total d'efficience - niveau d'efficience probable.

Un index de - 4 indiquant un état pathologique certain.

L'Echelle a 2 inconvénients majeurs :

- 1° "Le calcul de l'index est peu satisfaisant au point de vue statistique" (PICHOT)
- 2° Elle n'est pas standardisée en fonction de l'âge.

Une étude sur 404 malades a été faite par RABIN (1947)

Les 404 malades avaient une variété importante de diagnostics psychiatriques - leur âge s'étendait sur 7 décades.

Cette étude insiste surtout sur le fait que -
indépendamment du diagnostic - l'efficience a diminué d'une manière évidente avec l'âge.

Aussi conclut-elle que "l'efficience, la valeur, la validité du test de BABCOCK augmenteraient si l'on tenait compte de normes d'âge pour le calcul de l'index d'efficience.

Le MATRIX a été particulièrement étudié par HALSTEAD (1943)

- 1° HALSTEAD a fait une étude comparative du MATRIX névrosés-normaux, sur 700 névrosés,

Et il conclut :

- 1) que les scores des névrosés étaient significativement inférieurs ;

2) que l'inégalité entre les 5 séries ne s'est pas montrée un critère de névrose ;

3) que la somme des contraires n'était pas significativement différente dans les 2 groupes.

2° Quant à l'utilisation du test pour la mesure de la D.M., il insiste sur "le danger qu'il y a à faire de faciles inférences : scores vocabulaire moins scores à d'autres tests".

Sans doute HALSTEAD accepte-t-il les 2 postulats.

a) haute corrélation entre scores vocabulaire et scores d'intelligence générale surtout verbale ;

b) le score vocabulaire tient bien avec l'âge et doit être utilisé comme index de prédétérioration ;

Mais, "au regard des larges différences individuelles", il faut exiger une différence suffisante.

Et, HALSTEAD, d'affirmer, pour le MATRIX, comme pour d'autres tests, la nécessité de connaître "les limites de variations normales, y compris les tests de vocabulaire, sur une variété élevée d'âge et d'intelligence".

TEST DE HAYMAN -

HAYMAN a décrit un "two minutes clinical Test for the Measurement of intellectual impairment in Psychiatric Disorders".

Après avoir souligné la longueur des tests couramment utilisés, il décrit "un simple test, consistant en : une série de soustractions qui ôtent 7 de 100 et qui remplit les desiderata essentiels".

Le test a été utilisé sur 580 malades atteints de désordres psychiatriques d'une grande variété.

L'étude a vérifié, selon l'auteur, que la capacité de pensée abstraite, ou "comportement abstrait" est une fonction

qui diminue rapidement avec le processus de désorganisation .
Tandis que l'efficacité au vocabulaire montre relativement peu de déclin".

Le test a été comparé :

a) avec le test de BARCOCK :

Sur 90 sujets, le coefficient de corrélation a été de
.702 ;

b) avec le test de SHIPLEY HARTFORD :

sur 114 sujets : le coefficient de corrélation a été de
.797 .

L'auteur termine en concluant que "la performance aux 7 en séries est une fonction qui décline rapidement dans le cas de désordres psychiatriques et qui constitue un indice sensible de la détérioration mentale".

CHAPITRE IV

- :-

TRAVAUX CONCERNANT LE W.B.

- :-

- 1° - Le W.B. comme mesure de la D.M.
- 2° - Etudes concernant la passation elle-même (vocabulaire, notation, formes brèves...)

L'ECHELLE DE WECHSLER

-:-

Rappelons brièvement que l'index de détérioration de W. s'obtient en comparant :

- 1° - des "tests qui tiennent" (A)
vocabulaire, information, assemblage, complètement
- 2° - des "tests qui ne tiennent pas" (B)
chiffres, arithmétique, code, cubes de Koh's

l'index de Détérioration ou M.D.I. (Mental Deterioration index) s'exprime :

$$\frac{A - B}{A} = \text{Détérioration totale}$$

La Détérioration pathologique :

Détérioration totale - Détérioration physiologique.

Celle-ci se lit en fonction de l'âge.

Enfin :

Index D pathologique > 20 %
= détérioration pratiquement certaine

Index D pathologique de 10 à 20 %
= détérioration possible.

I - REMARQUES CONCERNANT LA SIGNIFICATION DES RESULTATS NUMERIQUES

a/-Bien des scores du test tiennent compte du temps mis par le sujet pour aboutir au résultat.

Cependant, WELSH suggère de combiner le temps et le score dans la même table pour réduire au maximum les risques d'erreur.

b/-Les scores pondérés ont été étudiés d'une manière critique notamment par FOSTER. Selon lui, bien que les

scores pondérés du WECHSLER soient basés sur des résultats standardisés, ils l'ont été sur des sujets de 20 à 24 ans et ne peuvent être interprétés directement quand on les applique à des sujets plus âgés. FOSTER suggère donc des tables pour scores pondérés en fonction de l'âge.

BARNETT se range à cette idée et suggère que les tables donnent une indication de l'importance de la déviation du score obtenu par rapport au score moyen pour un groupe donné. Il donne lui-même des tables de déviation de score et affirme que de telles tables seraient d'un intérêt considérable pour les chercheurs qui étudient le scatter et l'analyse de profil.

Une critique des scores pondérés du W.B. a été également apportée par BROWN. Il met en évidence le fait qu'il faut tenir compte de la capacité - très haute ou très basse - des sujets. Il souligne aussi que l'analyse des patterns du scatter et des mesures de détérioration ne sont pas directement applicables lorsque la capacité des sujets est proche du plafond ou du plancher du test. C'est pour cet auteur une discussion pratique d'un principe psychométrique généralement reconnu, mais non toujours observé. Il n'est pas convenable de reprocher à un test de telles limites. La seule critique légitime d'un test est son degré étroit d'applicabilité, et dans cet ordre d'idées, il ne paraît pas pouvoir critiquer le W.B.

II - LE W.B. COMME MESURE DE LA D.M.

A/ - L'index de détérioration de WECHSLER

Cet index a été proposé par WECHSLER dans la 3ème édition de "La mesure de l'intelligence adulte".

DISCUSSION DE L'INDEX DE WECHSLER -

a/ - Ce n'est pas un signe caractéristique et il peut exister un I.D.M. élevé sans détérioration.

1 - Il peut s'agir d'une DEBILITE

DIAGNOSTIC ENTRE DETERIORATION ET DEBILITE.

Ce problème a naturellement retenu l'attention des chercheurs.

BOEHM et SARASON ont étudié 22 cas de débilité familiale chez des sujets de 15 à 63 ans dont la débilité était évidente depuis le jeune âge et l'examen neurologique négatif.

14 de ces 22 cas avaient des détériorations de 22 à 48 % (et 17 de ces 22 cas, c'est-à-dire 78 % avaient au W. une détérioration de plus de 10 %).

Ces auteurs concluent de manière tout à fait nette que l'index de détérioration ne peut pas être considéré comme un instrument valide pour distinguer débilité et détérioration.

"Nos résultats, écrivent-ils, mettent en question l'assertion de WECHSLER selon laquelle sa méthode pourrait être utile pour établir une distinction entre déficience et détérioration intellectuelle.

Le fait qu'un index élevé de détérioration a été trouvé dans un groupe dont il n'était pas vraisemblable qu'il eût jamais fonctionné à un niveau plus élevé suggère que les résultats obtenus sont peut-être dûs à la construction de la formule plutôt qu'à une détérioration véritable."

- "WECHSLER base sa méthode sur l'hypothèse que les facultés les plus vulnérables aux poussées de vieillissement sont précisément celles qui se trouvent le plus fortement affectées par les processus pathologiques.

Il semble que WECHSLER soit allé au delà et ait commis une erreur.

Le fait d'avoir trouvé que quand il y a détérioration, le score à certains tests est plus bas, ne peut pas en toutes circonstances vouloir dire que "quand le score à certains tests est bas, il y a détérioration."

D'ailleurs, il n'est pas rare de trouver parmi les débiles que c'est la performance à un seul test qui établit la différence entre un index (+) ou (-) de détérioration.

Et WECHSLER avait - dans un ordre d'idée voisin - rejeté la différence (score verbal - score performance) comme critère de détérioration, car (pour une raison analogue) tous les individus doués verbalement auraient une plus grande détérioration mentale.

Quand on analyse le propre pattern du test de WECHSLER pour les "faibles d'esprit", il devient clair que le pattern tend, de lui-même, à produire un index significatif de détérioration!"

Une étude de SLOAN applique cette conclusion. Il a étudié 80 cas de débilité familiale, de 16 à 30 ans.

Il a trouvé près de 70 % de détériorés. Or 56 de ces sujets avaient eu des examens antérieurs et la comparaison obtenue n'a pu être considérée comme significative statistiquement. L'index de WECHSLER s'est montré là aussi incapable de différencier détérioration et débilité.

"L'étude a révélé, écrit-il, une détérioration marquée mesurée par le quotient de détérioration de WECHSLER.... Le quotient de WECHSLER a fourni une preuve de détérioration chez ces sujets alors qu'il n'y avait pas de signes cliniques ou de documentation psychométrique antérieure en faveur d'une détérioration... Dans les limites de cette étude, la mesure de la détérioration chez les grands déficients mentaux obtenue par la comparaison des subtests de WECHSLER n'est pas valide."

2 - Il peut s'agir d'un "PATTERN DE BASE" au test,
c'est-à-dire d'une manière de se comporter devant le test qui n'est pas liée à une maladie.

b/ - Ce n'est pas un signe constant

Ainsi chez certain schizophrènes cliniquement détériorés,

l'index peut rester dans les limites de la normale.

- Raisons de l'infidélité de l'I.D.M. de WECHSLER

Les tests qui tiennent peuvent ne pas tenir.

- Dans la schizophrénie, selon WECHSLER lui-même, le score habituellement bas à certains tests qui tiennent doit être tenu présent à l'esprit dans l'évaluation de la détérioration.

- Selon HUNT, parmi les tests qui tiennent, deux seulement (I et C) semblent bien tenir avec l'âge. Tous les autres tiendraient mal.

"Des défauts apparaissent dans l'usage clinique du score différentiel de WECHSLER comme méthode de mesure de la détérioration...

Il suggère la combinaison

(I + C) comparée à (BD + DS)

pour une meilleure mesure de la détérioration normale.

- Surtout, nous avons vu déjà, dans l'étude longitudinale du RAPPAPORT, que "les subtests" de WECHSLER (information, compréhension, vocabulaire), isolés ou combinés, ne sont pas des indices valables pour apprécier le Q.I. prémorbide".

Enfin :

La mesure de la détérioration physiologique

(qui est un des avantages les plus certains de l'index de W.) n'est pas exempte de critiques.

- Dans la revue critique de RABIN : les subtests les plus vulnérables avec l'âge semblent être BD (cubes de KOHS) et DS (chiffres)

Les deux seuls subtests qui paraissent tenir vraiment avec l'âge semblent être I (information) et C (compréhension).

- Malgré ces critiques, une analyse de COPPLE sur 1.403 cas, de 20 à 69 ans, accorde une certaine validité à l'index de WECHSLER.

- Par contre BENSBERG qui a comparé le W.B. à d'autres tests sur des sujets de 30 à 55 ans :

"La détérioration normale que WECHSLER a trouvée chez les sujets âgés peut bien être un artefact , au moins en ce qui concerne les groupes d'intelligence les plus bas".

B/ -D'autres index ont été proposés

L'INDEX DE DETERIORATION d'ALLEN

ALLEN suggère de calculer la différence des scores pondérés.

(information + compréhension) - (chiffres + code) il considère une différence de 5 points ou plus comme suggérant un dommage cérébral.

Une étude rapportée par ROGERS en 1950 et portant sur 349 sujets, conclut que l'index d'ALLEN serait un peu moins discriminatif que le M.D.I. de WECHSLER chez les sujets normaux Et que chez les anormaux, aucun des 2 index ne donne de résultats significatifs.

BLAKE et MAC CARTHY ont utilisé l'index d'ALLEN chez des sujets normaux et ont trouvé que cet index ne serait pas plus souhaitable que celui de WECHSLER.

L'INDEX SUGGERE PAR HUNT (I + C) - (DS + BD)

Rappelons que l'index initial suggéré par WECHSLER (score verbal - score performance) n'avait pu être retenu.

C/ - CONCLUSIONS de RABIN

RABIN a étudié l'I.D.M. (de WECHSLER) chez des sujets normaux on suspects de névrose, à des schizophrènes et à des malades présentant un état de tension anxieuse (Au total 349 sujets).

En conclusion de son travail, RABIN pense que :

a) pour les sujets normaux et en accord avec BLAKE et MAC CARTHY, l'index d'ALLEN se trouverait quelque peu moins

discriminatif que le IDM.

b) que pour les sujets normaux, ni l'index d'ALLEN, ni l'index de WECHSLER n'ont donné de résultat significatif.

III - DETERIORATION MENTALE EN FONCTION DU DIAGNOSTIC NOSOLOGIQUE.

(Extension au problème du Scatter)

La Détérioration prend-elle une allure particulière en fonction du diagnostic nosologique ? Peut-elle servir à ce diagnostic ?

Alors que les résultats obtenus avec le test de BINET étaient négatifs, on ne permettait pas de conclusion, les solutions apportées par le WECHSLER sont plus encourageantes.

La détérioration mentale présente certaines particularités selon le diagnostic et un certain nombre d'essais ont visé à utiliser les patterns dans un but diagnostique.

Mais on a obtenu pour le mieux certaines différenciations de groupe. Par contre, on n'a pas pu obtenir de diagnostics individuels au moyen de profils de subtests.

SCATTERS UTILISES :

a) - L'étude de RAPPAPORT (RAPPAPORT et ses collaborateurs à la clinique Menninger) portait sur 271 sujets. On avait utilisé :

- le scatter vocabulaire consistant dans la différence entre score vocabulaire et score aux autres subtests.
- le mean scatter (scatter moyen) : différence entre quelques scores au subtest et la moyenne de tous les scores subtests excepté D (chiffres) et A (arithmétique).
- le mean scatter modifié : différence entre score aux subtests verbaux et performance et la moyenne de tous les autres scores.

De nombreuses critiques ont été formulées que nous ne pouvons développer.

RABIN, qui présente cette étude, conclut que "Du point de vue de la recherche et de l'expérimentation, cette étude n'a pas réussi à fournir des découvertes claires et concluantes concernant le scatter. Elle a apporté à la confusion déjà existante des données contradictoires".

b) - PASCAL et ZEAMAN ont empiriquement déduit un index de scatter W.B. qui diffère quelque peu des essais précédents. Il est basé sur les différences entre 3 paires de subtests (I, C, BD, DS, V, PC) et la différence absolue entre S et BD. Les figures qui en résultent donneraient un index dont l'application montrerait des différences significatives entre les normaux et les névrotiques et entre névrotiques et psychotiques.

De plus, il conclut que leur index reflète la gravité progressive du désordre psychologique et qu'il donne une estimation du niveau de l'ajustement.

c) - HOLZBERG et DEANE ont suggéré une mesure du scatter intratest au lieu du scatter conventionnel intertest.

Le scatter des items a l'intérieur de certains subtests a été rapporté par les auteurs comme permettant de distinguer d'une manière significative entre organique, névrotique et schizophrène.

d) - L'approche "altitude" pour la mesure du scatter a été suggérée récemment par WHITEMAN. Cette mesure utilise les "top-score" (score sommet) des subtests plutôt que leur moyenne comme point de référence de déviation et d'analyse du scatter. Des différences statistiquement significatives entre normaux et schizophrènes ont été rapportées comme résultat de l'application de ce type de scatter.

DIVERSES APPLICATIONS DU SCATTER, au point de vue diagnostique:

- LES HYPOTHESES DE WITTENBORN

WITTENBORN a émis plusieurs hypothèses importantes pour

la question du profil ou de l'analyse du scatter.

- 1 - Tous les malades ayant le même diagnostic ont un pattern de scores W.B. semblable.
- 2 - Les corrélations de subtests entre des couples de malades ayant le même diagnostic sont plus élevées que celles entre des couples de diagnostic différent.
- 3 - La corrélation des coefficients entre des couples de malades de même diagnostic sont plus élevées que les coefficients obtenus entre des couples de malades hypothétiques pour lesquels 2 ou 3 des subtests ont le même rang.

Mais, dans la recherche, les coefficients de corrélation obtenus ont été si peu élevés qu'ils ne pouvaient être considérés comme venant appuyer ces hypothèses. D'où la conclusion de l'auteur que le "pattern scatter" n'a pas été un supplément appréciable de diagnostic.

- Les résultats obtenus par MAYMAN, dans l'analyse du scatter n'ont pas été non plus décisifs.
- PATTERSON a rapporté 70% d'accord entre diagnostics par le scatter et diagnostics psychiatriques. Mais RABIN rapporte une étude critique de GARFIELD qui montre que "le niveau d'accord est en réalité beaucoup plus bas.
- TEICHER et SINGER ont rapporté 52 % d'accord entre scatter et diagnostic psychiatrique.
- KOGAN a rapporté les patterns de 50 névrotiques comparés à ceux de 50 schizophrènes bien contrôlés.

KOGAN conclut que son investigation n'appuie pas la conception généralement admise que les patterns W.B. sont un outil utile pour le diagnostic différentiel des troubles fonctionnels.

- PEIXOTTO a rapporté des résultats semblables et n'a pu différencier le "groupe normal".

- Et RABIN de conclure que :

- certaines corrélations élevées trouvées par certains peuvent être dues aux techniques du clinicien plutôt qu'aux valeurs numériques du scatter;

- que les "patterns score" pourraient différencier valablement les groupes mais sont d'une valeur incertaine pour le diagnostic individuel ;

- que l'efficacité du scatter W.B. pour le diagnostic individuel ou différentiel n'a pas été démontré;

- mais que le scatter intratest et l'altitude comme point de référence dans le scatter doit mériter une recherche ultérieure.

TYPES DE DETERIORATION et syndromes psychiatriques.

a) - Une comparaison entre psychonévrotiques et schizophrènes a été faite par KANTOR et SCHLOSSER.

Ils ont étudié 123 sujets ; 56 psychonévrotiques, 65 schizophrènes paranoïdes et 42 schizophrènes mixtes.

Dans l'ensemble :

ont tenu : I, V, PC, OA

n'ont pas tenu : D, A, BD, DS

Les auteurs ont pensé a priori que les schizophrènes montreraient une détérioration plus grande. Cependant aucune différence statistique n'a été obtenue entre les 3 groupes.

L'insuffisance de I, C, et V comme indicateurs du niveau d'intelligence dans l'état prémorbide, a été mise en évidence par RAPPAPORT et WEBB.

- L'index de détérioration a été étudié par ROGER avec un total de 349 sujets (en 7 groupes). Les normaux se sont différenciés significativement des groupes de malades. L'index n'a pas semblé différencier convenablement les organiques et le groupe des malades ayant des troubles fonctionnels.

- Des résultats semblables ont été obtenus par ROGER avec l'index d'ALLEN et rapportés par BLACKIE et MAC CARTHY.

b) - Le test permet-il de reconnaître une détérioration organique ? Le diagnostic entre trouble psychogénétique et organique a été essayé par LEVI et ses collaborateurs. Ils ont paru pleinement conscients de l'impossibilité de tirer des conclusions. Mais ils pensent que des investigations ultérieures devraient chercher à déterminer un pourcentage critique de détérioration indiquant la détérioration définitive. Il faudrait savoir aussi dans quelle mesure des désordres psychogénétiques peuvent simuler des atteintes organiques.

Cinquante patients "Brain injured" ont été étudiés par ALLEN. Il a trouvé que le subtest le plus résistant était le I (Information) et que le plus affecté était le OA (assemblage d'objets). Mais, au total, l'index de détérioration de WECHSLER n'aurait pu reconnaître que 54 % de ces malades.

BLAKE et MAC CARTHY ont comparé 50 organiques et 50 collégiens. Sur le total de 100 sujets, 26 % étaient mal diagnostiqués et avec l'index d'ALLEN appliqué aux normaux, 37 % étaient mal diagnostiqués.

Un travail récent de KASS conclut que dans 2/3 des cas le MDI n'a pu détecter ou confirmer les cas de "Brain damage".

- Chez les malades présentant un "Brain damage", GREENBLATT, GOLDMAN et COON (8 années d'utilisation du W.B. à l'hôpital de Boston) pensent qu'il ~~existe~~ des signes à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Signes quantitatifs : écart marqué en ce qui concerne le scores pondérés entre les différents items aux subtests. En règle générale, les performances aux items non verbaux (arrangement et complètement d'images, cubes de Koh's) est très fortement affecté...

... mais il y avait toujours au moins un subtest verbal

également atteint.

Signes qualitatifs : Aux items non verbaux (rigidité, incapacité à porter leur attention sur un autre objet ou à changer de méthode de réponse, incapacité à ne pas tenir compte de stimuli superficiels, difficulté à organiser le matériel). Les mêmes signes apparaissent dans le matériel verbal.

Quand on constate, ajoute GOLDMAN, une irrégularité de performance à la fois quantitative et qualitative, l'analyse clinique révèle une très forte détérioration.

GOLDMAN ajoute avoir noté dans le cadre des "patterns organiques" 7 profils plus ou moins mutuellement exclusifs. Aucun n'est spécifique d'une maladie, mais il existe des relations entre certaines configurations psychologiques et certains groupes de symptômes.

HEWSON a utilisé des combinaisons variées de subtests, et les sujets normaux se sont situés dans sa recherche, entre les névrotiques et les organiques.

GUTTMAN a comparé 30 organiques et 30 sujets normaux. 60 % seulement des organiques ont été diagnostiqués. 17 % des normaux ont été diagnostiqués comme organiques.

c) - Détérioration de schizophrénie (Pattern schizophrénique)

Une impulsion considérable aux recherches concernant la schizophrénie a été donnée par les études passées en revue en 1945 et par la publication de WECHSLER. Dans sa nouvelle édition, WECHSLER a élargi la discussion aux indications diagnostiques de son test.

Etude utilisant les indications diagnostiques de WECHSLER

- BRECHER a tiré de la discussion de WECHSLER au moins 14 signes diagnostiques pour les schizophrènes, 12 pour les organiques,

13 pour les névrosés, 13 pour les personnalités psychopathiques
12 pour la débilité mentale.

Son étude d'un groupe de 40 schizophrènes montre la futilité de ces signes. Si les patients qui étaient diagnostiqués cliniquement comme schizophrènes, avaient été diagnostiqués sur la base des signes schizophréniques de WECHSLER (en opposition avec signes de WECHSLER - caractéristiques d'autres troubles) 32,5 % seulement des cas auraient été correctement diagnostiqués.

- OLCH a comparé les résultats de tests de 32 schizophrènes avec ceux de deux groupes de la population (17 à 29 ans, 40 à 49 ans). Un nombre de caractéristiques de patterns schizophréniques suggérés par WECHSLER, et d'autres ont été examinés critiquement. OLCH n'a trouvé aucune différence significative entre le Q.I. verbal et performance chez les schizophrènes. Il n'a pas trouvé davantage que le facteur âge ait quelque effet dans ses conclusions. Cependant elle a trouvé des différences entre schizophrènes jeunes et normaux dans les scores de subtests individuels dans DS, C, S et PC. Un résultat substantiel de cette étude est la plus grande variabilité aux tests de performance des schizophrènes, comparés aux sujets normaux.

- Dans l'étude de LEVINE, 5 juges devaient se prononcer sur les diagnostics portés par le WECHSLER, sur la base de la discussion de WECHSLER, dans la révision de son livre.

Les protocoles étaient ceux de 110 mâles blancs distribués sur un nombre étendu de groupes diagnostiques - parmi eux, 46 étaient diagnostiqués comme schizophrènes. Les résultats montrent que l'accord entre les diagnostics du W.B. étaient à la limite d'une signification statistique. Le pourcentage d'accord était de 59,7 à 67,2 pour les cas classés.

En dépit de la bonne validité statistique, le désaccord dans le diagnostic entre schizophrènes et non schizophrènes se montra de 17 - 32 % et il y avait recouvrement des profils et discrimination non valable dans beaucoup de cas. Cependant, la

séparation des schizophrènes des autres malades sur la base des patterns de WECH est seulement quelque peu supérieure à celle qu'on obtiendrait par hasard, mais considérablement supérieure aux résultats obtenus par BRECHER qui employait la méthode du "sign counting" pour le diagnostic individuel.

- JOHNSON obtenait des "patterns-scores" en faisant la moyenne des déviations des subtests individuels en la comparant à la moyenne des scores de ses subtests. L'accord de la déviation subtests observée avec celle proposée par WECHSLER alla de 8 % pour OA à 87 % pour S. La variabilité était plus grande que celle rapportée par WECHSLER, les différences venant du sexe n'ont pas été trouvées et une corrélation positive a été obtenue entre la variabilité et le niveau intellectuel.

Autres patterns schizophréniques. -

- GARFIELD dans son étude sur 67 schizophrènes et 46 sujets contrôlés malades psychiatriques non psychotiques a utilisé la déviation des scores subtests de chaque sujet avec sa propre moyenne de subtests (vocabulaire excepté). Il a classé les résultats en cinq degrés de déviation (2 positifs, 2 négatifs, et 1 catégorie moyenne non significative).

La table 1 montre les plus larges différences dans le test BD pour lequel les schizophrènes sont favorisés.

Tandis que le groupe contrôle peut être d'autre part comparé favorablement avec les schizophrènes pour le test C. Bien que d'autres tendances aient été notées, il y avait un considérable recouvrement entre les schizophrènes et les groupes contrôle. Il apparaît ainsi à l'observation qu'il n'y a pas de pattern clair discriminant. Le score verbal prétendu plus haut que le score performance chez les schizophrènes est critiqué et ne reçoit aucun appui statistique. L'index de RABIN et l'idée de RAPPAPORT que BD est moins affecté dans la schizophrénie que PC et les critères de WECHSLER qui devraient être prouvés objectivement (OA, BC, PA + BC, I + BD) sont également critiqués et ne sont en rien soutenus par les résultats de GARFIELD.

La conclusion générale de cet auteur est que : "il n'y a aucun pattern scatter valable dans l'échelle W.B. pour les sujets schizophrènes". Quand on regarde l'insuffisance du groupe contrôle (neurotique, psychopathes et alcooliques) on peut se demander si un compte rendu aussi catégorique est autorisé.

- Dans une étude ultérieure, le même chercheur a rapporté un échantillon plus étendu de 109 malades schizophrènes. Dans une comparaison entre les rangs des moyennes de subtest de son propre groupe avec ceux de OLCH, MAGARET et GILLILAND mentionnés dans une revue plus récente, il met en évidence l'inconsistance entre les résultats. Cependant le DS est le seul subtest qui montre d'une manière constante des scores bas dans les échantillons comparés. Les autres subtests montrent des variations d'une amplitude considérable.

Il pense d'une manière bien justifiée que la supposition que les différents groupes de schizophrènes sont comparables n'est pas autorisée, étant donné les différences utilisées comme critère diagnostique.

Il apparaît aussi que le désaccord entre le score verbal et performance en faveur des premiers est fonction du niveau éducationnel et intellectuel. La différence est considérable dans le groupe supérieur au point de vue éducation et intelligence tandis qu'elle est inexistante dans les groupes moyen et submoyen.

Des variations de l'ordre de rang de plusieurs subtests dans les différents groupes ont été aussi notées. L'auteur pense qu'à la vue de ces résultats le fait que RAPPAPORT néglige relativement des facteurs tels que âge, QI, niveau éducationnel dans les études, diagnostic de scatter, n'est pas justifié. Finalement une table des pourcentages de déviation subtest montre une grande variabilité pour l'échantillon entier de schizophrènes et conduit à la vérification de la conclusion

antérieure (à savoir qu'il n'y a aucun pattern schizophrénique clairement tranché).

- L'application par KLEIN du principe de régression multiple est illustré dans l'étude de RAPPAPORT de 72 schizophrènes et 64 normaux de contrôle.

Une comparaison du scatter de ces 2 groupes par RAPPAPORT apporte quelques résultats intéressants.

L'altération schizophrénique est due le moins à D et OA et elle est très évidente pour C, PC, A et DS. Dans l'essai de diagnostic individuel l'équation de régression a donné 26 % d'erreur.

Les subtests C, PC, DS et A dans l'ordre d'efficacité décroissante étaient presque entièrement responsables de la capacité de discrimination de la batterie. La critique de la méthode d'échantillonnage qui doit être appliquée au travail de RAPPAPORT doit également être applicable à cette étude.

Sous-types de schizophrènes

FREEMAN a comparé 28 schizophrènes hébéphréniques et 28 paranoïdes avec le même nombre de normaux appareillés par âge sexe, race et fond éducationnel, et même affiliation religieuse.

Les données révèlent que le désaccord entre les scores de l'échelle verbale et performance favorise de façon marquée le score verbal pour le groupe paranoïde mais est en direction opposée pour les hébéphrènes.

Les scores verbaux et les scores performance sont les plus hauts pour les normaux et les plus bas pour les hébéphrènes. Le fonctionnement des hébéphrènes a un niveau significativement plus bas que le groupe contrôle dans les 2 échelles tandis qu'il ne se différencie des paranoïdes d'une manière significative que pour le score VS. Une différence significative entre les paranoïdes et les normaux a été trouvée pour PS. Les comparaisons FS entre les 3 groupes étaient tout à fait

significatives statistiquement. Le scatter FS et le scatter PS n'ont pas paru discriminer les groupes. Il n'a été trouvé qu'une différence significative dans le scatter verbal entre schizophrènes et normaux. L'utilisation de la co-variance n'a pas altéré les résultats d'une manière appréciable.

FREEMAN conclut que l'approche par le scatter n'a pas encore apporté une preuve valide dans le diagnostic des schizophrènes, tant hebephrenes que paranoïdes.

- Un essai de mesure des patterns chez 245 schizophrènes a été fait par HARPER au moyen de la fonction discriminante de FISHER. On a obtenu un ensemble valable de différences entre certains types majeurs de schizophrènes : cependant la conclusion finale est que le W.B. "... n'est pas un outil hautement valable pour le diagnostic psychiatrique".

R E S U M E

"Les résultats concernant l'usage du W.B. dans le diagnostic de la schizophrénie sont en moyenne négatifs. Les résultats concernant les différences entre VS et PS chez les schizophrènes restent non concluantes et diffèrent d'une étude à l'autre. Les différences dans les subtests ne sont pas discriminantes entre les schizophrènes et les autres groupes. Plusieurs tentatives de scatter (scatter moyen, scatter vocabulaire, etc...) n'ont pas démontré la valeur d'un pattern schizophrène spécifique.

En dépit d'avertissements répétés dans la littérature, beaucoup de facteurs significatifs restent incontrôlés dans maintes études.

Le "Wechsler's sign approach" n'a donné aucun fruit au point de vue diagnostic différentiel. JUDGES utilisant le diagnostic de WECHSLER n'a pas eu plus de succès apparemment. Une approche combinée dans laquelle des données quantitatives étaient utilisée parallèlement à des idées cliniques est plus efficace pratiquement au point de vue diagnostique" (RABIN).

d) - Patterns dans les névroses.

Anxiété :

Une analyse du scatter (déviations de chaque subtest avec la moyenne de tous) dans les compte rendus W.B. de 25 névroses d'angoisse, ont été rapportés par LEWINSKY. Aucun pattern caractéristique n'a été obtenu...

- RASHKIS et WELSH distinguent 12 signes d'anxiété qui ont été basés sur les protocoles W.B. de 30 cas. 7 de ces signes sont dûs à une incapacité temporaire dans D, I, BD, A, OA, PC, PA, tandis que les autres sont liés à ... appréhension, distraction, indisposition somatique, etc...

Une comparaison entre des patients anxieux et un groupe de patients non anxieux n'a pas donné de différence significative pour ce qui est des signes. Les signes qualitatifs sont apparus parmi ceux qui tendaient à différencier ces groupes plus effectivement.

- Une comparaison de SCHOBEN de 12 anxieux avec 17 étudiants non anxieux n'a montré aucune différence significative dans le nombre des signes apportés par RASHKIS et WELSH.

- Une étude de WARNER a rapporté une comparaison des résultats W.B. chez 60 névroses d'angoisse comparées à 65 normaux. Excepté le niveau relativement plus haut de PA, OA et PC chez les névrosés, l'auteur a trouvé que la variabilité intertest, les différences entre le Q.I. verbal et performance ne différenciaient pas les 2 groupes.

- Une étude dans laquelle un nombre de facteurs importants était contrôlé - dans une comparaison de 50 cas d'angoisse réactionnelle comparés avec 25 cas d'un hôpital orthopédique a été apportée par HEUYER. Une comparaison de groupes par rapport à la moyenne des scores subtests pondérés, la variabilité intertest et l'écart subtest-vocabulaire n'a donné aucun résultat positif.

Au point de vue groupe, les résultats confirment la notion de WECHSLER d'un quotient verbal plus haut qu'un quotient performance ; cependant ce signe ne s'est montré utilisable pour le diagnostic individuel. Aucun pattern caractéristique de l'anxiété n'a été obtenu dans les échelles de W.B.

Une question concernant la valeur du groupe contrôle doit être soulevée. En effet les malades chirurgicaux doivent avoir fréquemment suffisamment de réactions anxieuses comparables à celles des névroses d'angoisse.

CONCLUSIONS SUR LA VALEUR DU W.B.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Selon RABIN :

Il est assez évident que le W.B. est bien accepté, dans la littérature comme mesure de l'intelligence. Bien plus, sa standardisation est également bien acceptée comme le démontre la tendance des chercheurs à utiliser les scores du W.B. comme critère d'intelligence dans la validité de nouveaux instruments.

Deux études qui ont utilisé des critères d'intelligence autres que les tests psychométriques n'ont pas démontré la supériorité du W.B., mais confirmé son degré vraiment élevé de validité.

La confiance des psychométriciens semble donc être bien placée dans le WECHSLER.

Mais des réserves doivent être faites pour les bas niveaux et le rôle de facteurs institutionnels.

- beaucoup d'études ont paru non concluantes parce que les échantillons étaient sélectionnés sans égard à la distribution de l'intelligence dans la population totale.

- il est nécessaire de faire des analyses plus profondes des résultats que ceux obtenus en utilisant de grosses statistiques standardisées.

WEBB (B) (1942) dans une étude ayant porté sur 80 schizophrènes, 15 épileptiques, 25 P.G. et 15 alcooliques conclut "que tous ces malades n'ont montré aucune différence significative dans les patterns de scores de différentes psychoses et, ont montré que les rapports proposés étaient de peu d'utilité.

Le test W.B. semble n'être rien d'autre que ce à quoi il

fut destiné, c'est-à-dire un test d'intelligence et un test de très peu de valeur dans l'étude de la détérioration mentale".
(RABIN).

IV - APPLICATION TECHNIQUE DU W.B.

(données bibliographiques).

Données concernant la méthode de passation du test de W.B.

1° En ce qui concerne le vocabulaire

a) GERSTEIN a suggéré une méthode systématique pour apprécier et étendre les limites des réponses. Il a présenté un procédé intéressant pour l'analyse des réponses vocabulaire. Il utilise le principe de YACORZINSKY selon lequel les réponses exactes au vocabulaire ne sont pas une évidence de la connaissance, exacte de la signification du mot. Il suggère des idées en vue d'une recherche ultérieure relativement à la nature de la performance verbale de ce test.

b) SORSBY a présenté une révision de l'ordre de difficulté du vocabulaire, en rapport avec un procédé simplifié d'administration. Les niveaux inférieur et supérieur sont établis sur la base de 3 succès ou échecs consécutifs. Il a trouvé que la moyenne de 60 % de mots par rapport au score complet était discriminatif et il a réduit l'administration et le temps à 50 % environ.

2° L'ordre de passation des subtests -

Il a été particulièrement étudié .

Selon WECHSLER les subtests ont leurs items placés par ordre approximatif de difficulté.

Des praticiens ont noté que certains subtests paraissent mal placés. Une publication de RABIN, DAVIS et SANDERSON rapporte l'ordre de difficulté pour les items de six subtests basé sur la performance de 300 normaux et confirmé par 1000 cas psychiatriques ; Or on a trouvé quelques différences

dans l'ordre de difficulté .

JASTAK a récemment rapporté une étude similaire avec un large groupe de cas psychiatriques. Il a montré que les différences dans les catégories de sujets influence l'ordre de difficultés de ces subtests - En général les résultats sont tout à fait en désaccord avec les données de WECHSLER . Il mentionne certains avantages d'une progression régulière : économie, facilité d'administration, limite de composition raisonnable pour la passation individuelle et mesure significative pour le scatter entre test.

GLAGMAN a été particulièrement intéressé par l'effet de l'ordre des subtests sur le score des chiffres. Il a trouvé que la moyenne du score chiffre était plus haute si le test était situé au milieu de la batterie. Puisque le score était plus haut au début qu'à la fin il lui a semblé que la fatigue est un facteur plus important dans la réduction de l'efficacité de la répétition de chiffres ~~que~~ l'anxiété initiale et l'ajustement à la situation du test.

FORMES BREVES DU W.B. --

Etant donnée l'importance pratique de ce problème, c'est-à-dire l'avantage que représenterait une administration brève ayant une valeur quasi égale à celle du test entier lui-même nous allons passer en revue les travaux consacrés à cette question.

Depuis que la lère forme brève fut introduite par RABIN, beaucoup d'autres sont apparues. Les résultats des plus récentes recherches, ont été si encourageants que beaucoup de chercheurs ont publié depuis la dernière revue.

COMBINAISON DE SUBTESTS W.B.

GURWITZ suggère d'utiliser seulement 2 subtests.

D (chiffres) et PA (arrangement d'images).

En dépit du sentiment général de la non validité de D, il a trouvé une corrélation de .90 avec le FS (full scale) sur un nombre important de sujets. Il a trouvé une confirmation de cette haute corrélation sur d'autres groupes différents.

GEIL propose l'utilisation d'une forme plus longue, C, S, D, BD (compréhension, similitude, chiffres, cubes) sur la base d'une corrélation avec le FS de .97 sur un groupe de sujets prisonniers. Cette forme serait spécialement utilisable dans le diagnostic différentiel entre organiques et psychotiques.

COHEN et STEISEL dans leur étude de différentes formes brèves ont mentionné la valeur diagnostique de l'index de GEIL, mais ont souligné la plus haute validité obtenue par C, A, S. Ils ne confirment pas les découvertes de GURWITZ selon lesquelles D, PA serait plus valide que C, A, S ; mais le nombre de leurs sujets n'était que de 32.

Le rapport de SPRINGER a montré une haute corrélation de .96 pour C, A, S avec cent cas de sujets suspects de "low mentality".

HUNT, KLEBANOFF et MENSCH ont utilisé un critère autre que l'index de WECHSLER-BELLEVUE et ont trouvé pour un nombre étendu de sujets normaux une corrélation de .78 entre C, A, S et le N G C T.

CUNNINGS, MAC PHEE et WRIGHT ont trouvé une corrélation de .93 entre C, A et le V S (score verbal) du W.B. sur un grand nombre de sujets de capacité intellectuelle limitée.

Une autre modification a été proposée par BAY et BERKS. Ils ont trouvé une corrélation .93 entre C, S, DS et le FS sur un échantillon d'étudiants.

PATTERSON sur un groupe de 50 sujets de diagnostics variés a confirmé les hautes corrélations de formes brèves avec le FS du W.B. . Il a conclu que le vocabulaire devait être inclus et il a proposé le score V, C, BD, PC qui a une corrélation de .96 avec le FS et le score V, C, DS qui a une corrélation de .93. Il pense que ces batteries retiennent beaucoup des caractéristiques du W.B. lui-même. Mais il a ajouté que le choix d'une forme brève pour un groupe donné doit dépendre du degré moyen d'intelligence à étudier ; ainsi son score V, C, DS s'est trouvé meilleur pour les sujets de niveau supérieur. Au contraire, pour des sujets "mental defectives" COTZIN et GALLAGHER ont obtenu des résultats meilleurs avec C, S, D, BD.

KRIEGMAN et HAUSEN ont étudié une autre combinaison V, I, S, BD. Ils ont trouvé une corrélation .95 avec le FS.

MAC NEMAR a élaboré une technique statistique pour l'étude de corrélations entre des combinaisons variées de subtests et le FS. Son procédé économique rend possible l'étude de beaucoup de combinaisons. Ses corrélations entre des groupes de 2, 3, 4, 5 subtests avec le FS sont hautes mais plus basses que celles généralement rapportées dans la littérature.

HUNT, KLEBANOFF et WILLIAMS ont incorporé la modification THURSTONE du STANFORD-BINET (forme L, vocabulaire) dans le but de donner à ce subtest une forme plus pratique.

On retrouve cette tendance à trouver des substituts pour certains des subtests du W.B. dans les formes brèves. Notam-

ment dans une étude récente HUNT, FRENCH et WENSH proposent de substituer le "MAC GILL verbal situation test" à la place de C ou de S dans C, V, S.

Beaucoup d'auteurs ont proposé d'exprimer les résultats de ces formes courtes autrement qu'en simple pourcentage..

Au total conclut RABIN qui rapporte ces travaux :
 "toutes les études portant sur les formes courtes sont d'accord dans maintes de leurs conclusions. Il est clair que beaucoup de formes courtes mesurent de manière valable "la même chose que le WECHSLER-BELLEVUE lui-même". Elles peuvent être utilisées chez des sujets d'intelligence limite avec une considérable économie de temps. Mais l'application des formes courtes chez des sujets d'intelligence supérieure n'est pas aussi bien établie. Il semblerait désirable de sélectionner une forme brève donnée valable pour un niveau d'intelligence donné.

En réalité, aucune forme brève n'a exactement la même valeur diagnostique totale que le FS du W.B."(RABIN).

CHAPITRE V

- :-

COMPARAISON
DES ECHELLES ENTRE ELLES

- :- :- :-

En l'absence d'unité-étalon, le seul moyen de comparer les échelles est de faire des études de corrélation.

- WECHSLER et BABCOCK LEVY :

FOX et BIRREN ont comparé le M.D.I. de WECHSLER avec le résultat de BABCOCK LEVY.

La corrélation obtenue entre les 2 indices pour 50 sujets normaux et 50 sujets âgés ne fut significativement différente de zéro.

Ils ont mis en relief la nécessité de critères de validation indépendants.

- WECHSLER et SHIPLEY HARTFORD -

1° GARFIELD et FEY ont comparé le W.B. et le SHIPLEY HARTFORD, comme mesure de la D.M., sur 100 malades neuropsychiatriques, hommes.

Ils ont trouvé un accord de .37 entre les 2 mesures.

Les scores moyens ne différait pas significativement dans les 2 groupes (psychotiques et non psychotiques).

Toutefois, les schizophrènes montraient une baisse importante.

Faut-il conclure que "les psychotiques ne peuvent être appréciés par ces données".

Les auteurs en tout cas concluent que "les 2 mesures ont une faible relation entre elles et apparemment ne mesurent pas les mêmes aspects du fonctionnement mental".

2° MAGARET et SIMPSON n'ont rapporté qu'une corrélation de .10 entre les 2 indices. Ils n'ont pu mettre en évidence la validité de l'une ou l'autre méthode pour la mesure de la détérioration mentale.

COMPARAISON DE 3 TESTS :

- le BABCOCK LEVY
- le SHIPLEY HARTFORD
- le Test de HAYMAN

HAYMAN a comparé ces 3 tests sur un groupe de 50 malades -
Les 3 tests ont été administrés à un jour d'intervalle ;

Le résultat a été :

- a) une étroite approximation entre les 3 tests aux niveaux élevés
- b) une divergence entre les tests, dans les groupes les plus détériorés. (Le S.H se montrant le plus sévère, le BABCOCK le plus indulgent).

WECHSLER I et Forme 2

Comparaison avec la forme 2 :

GIBBY a trouvé chez 32 névrosés une corrélation .87 entre les formes 1 et 2. Les subtests de compréhension n'avaient montré qu'une corrélation de .20 : 'l'Arrangement d'images .49 Tandis que de hautes corrélations de .87 étaient obtenues pour PC et BD.

HAYS sur des sujets "mental defectives" n'a pas trouvé les corrélations de GIBBY, mais il a trouvé des moyennes significativement différentes pour les scores pondérés de A, Y, PA et OA, le profil étant "mieux supporté" dans la forme 1.

RABIN conclut à l'importance particulière de recherches ultérieures utilisant les 2 tests chez des groupes variés de malades mentaux.

CHAPITRE VI

- :-

- DISCUSSIONS THEORIQUES -

(Quelques conceptions théoriques sur l'intelligence et postulats concernant la nature de la D.M.)

- :-

NECESSITE DE CETTE ETUDE THEORIQUE DES POSTULATS -

Elle est affirmée, peut-on dire, solennellement par YACORZINSKI qui écrit :

"Il y a une tendance générale pour les cliniciens et les chercheurs en psychologie à évaluer l'efficacité d'un test selon des bases pragmatiques et sans s'enquérir de l'exactitude des postulats théoriques qui se trouvent à la base de la construction du test.

En fait, beaucoup de ces personnes ne s'intéressent même pas à la question de savoir quels sont les mécanismes psychologiques réellement mesurés par le test.

Quant à ceux qui établissent les tests ils sont souvent coupables de la même omission, aussi longtemps qu'il s'agit d'un test ayant une valeur pronostique en ce qui concerne un vaste champ d'action.

Bien que la valeur pratique d'un test reste inaltérée (pourvu bien entendu que sa validité ait été établie) par l'un et l'autre de ces raisonnements faux en ce qui concerne les mécanismes psychologiques mesurés ou en ce qui concerne l'absence de connaissance de ces mécanismes, cependant on ne peut espérer voir se réaliser des progrès adéquats dans un domaine qui possède de soi si peu de connaissance de ses propres moyens de mesure.

Les tests n'ont pas réussi à fournir des principes psychologiques de base et ainsi à stimuler le travail expérimental étant donné que le principal but des constructeurs de tests a été simplement d'ajouter de nouveaux moyens de mesure à une liste de tests de mesure psychologiquement sans signification.

THEORIE GENERALE DE LA D.M. -

Théorie du niveau d'efficience de BABCOCK -

BABCOCK écrit :

"Il y a des preuves indiquant que les caractéristiques telles que la perte de la faculté de percevoir, de se souvenir, de conserver et d'apporter une attention soutenue sont dues à quelque facteur général fondamental qui affecte tous les processus mentaux.

.....

Mais, par opposition aux travaux plus anciens dont on vient de parler sur l'organisation mentale un travail plus récent a mis en lumière le fait que dans cette étude de l'organisation mentale on avait oublié une des phases les plus importantes - la phase qui assure la santé et la stabilité - c'est-à-dire la dimension "Temps".....

Le fait que l'on n'ait pas tenu compte de son importance dans l'activité mentale et l'incapacité consécutive dans laquelle on s'est trouvé de distinguer entre le niveau de l'intelligence et l'efficience avec laquelle elle peut fonctionner ont été un grand handicap à tout progrès en psychologie et ont été cause de beaucoup de confusion.

Les travaux qui ont suivi portant sur des personnes au fonctionnement normal dans le but d'obtenir des points standard de comparaison ont mis en évidence le fait que le dégat mental n'est qu'une partie du plus vaste, plus général problème du temps dans le fonctionnement mental. Il devient clair qu'alors que tout dommage mental comporte quelque degré d'inefficience mentale, toute inefficience mentale n'était pas due à la détérioration mais pouvait bien avoir existé depuis la naissance ... et le facteur temps tel que le révèle l'efficience avec laquelle l'activité mentale peut être accomplie est d'une importance cruciale."

Ainsi pour BABCOCK ..."l'analyse de l'activité mentale en facteurs tels que capacité verbale, mnésique ou mécanique, n'ont pas de sens à moins que l'on ne sache également quel

est le niveau intellectuel auquel les facteurs peuvent être utilisés. De tels facteurs ne sont que des modes différents pour l'expression d'une suite de raisonnement, d'abstraction, de généralisation que l'on retrouve en toute activité mentale.

Ainsi, d'après un travail sur les tests de vocabulaire il a paru que ce n'était pas le nombre de mots mais l'espèce de mots qui était en corrélation avec l'intelligence. - De même, la facilité verbale n'est pas un facteur en soi, mais la phase d'efficiencé de la compréhension verbale, le résultat de la rapidité et justesse avec laquelle une personne utilise les mots qu'elle peut comprendre .. à n'importe quel niveau d'intelligence."

Il faut donc distinguer absolument pour BABCOCK "le degré de faculté de comprendre et l'efficiencé avec laquelle cette capacité peut être utilisée". Le premier sert à différencier l'intelligent du non intelligent, l'autre à différencier le stable de l'instable - On a accordé trop d'importance aux symboles utilisés, et trop peu d'importance aux processus qui précèdent l'emploi des symboles!"

BABCOCK distingue ensuite des facteurs sous jacents (percevoir, reconnaître, apprendre et répondre) en jeu en toute activité mentale et communs à toute vie animale.

Or les êtres humains de niveaux intellectuels différents peuvent être pratiquement doués de façon égale quant à ces capacités primaires.

Mais ce qui les distingue c'est la façon dont ces capacités sont utilisées et qui dépend du degré auquel la personne est capable d'abstraire, de raisonner, de généraliser.

Mais de telles considérations demandaient qu'un nouvel examen soit conçu où le facteur Temps affecte tous les scores aux tests, et dans lequel les scores seraient exprimés en unités de "niveau de développement mental" de telle sorte qu'ils mettent immédiatement en évidence les déviations par rapport à la norme moyenne dans les fonctions mesurées.

D'une étude faite sur 3.000 personnes, BABCOCK conclut :

" Les principaux résultats des études furent les suivants :

a) les tests très faciles dont la compréhension est possible à de très bas niveaux d'intelligence, révèlent des corrélations substantielles avec l'intelligence quand on mesure le Temps - Etant donné que, quand on ne mesure pas le Temps, il montre peu de relations par rapport au niveau, il s'en suit que le Temps doit être de quelque façon la cause de corrélation, même si l'un des rangs ne fut pas affecté par le Temps.

b) les corrélations entre score d'efficacité totale et le niveau sont inférieures dans le groupe à la limite du pathologique - Ceci est probablement dû à la plus grande variation dans les scores d'efficacité des personnes à mauvais fonctionnement qui ont le même niveau d'intelligence.

c) Dans le groupe normal, les scores d'efficacité totale sont plus élevées à mesure que l'on monte dans le niveau de l'intelligence - D'où il est évident que un temps de réponse diminué a une relation positive avec le fonctionnement de niveaux plus élevés d'intelligence parmi les personnes au fonctionnement normal.

d) les scores d'efficacité totale du groupe pathologique sont plus bas à chaque niveau que les scores du groupe normal. Les personnes qui ont une bonne adaptation ont de bons scores d'efficacité par rapport au niveau tandis que des personnes

d'un niveau même plus élevé et qui montrent une efficience pauvre ne sont pas normaux par rapport au critère social professionnel et psychiatrique - De cela il s'en suit qu'il y a probablement une relation causale entre le Temps tel qu'il est montré par les scores d'efficience pauvre et le manque de capacité à s'adapter normale-ment.

e) Les personnes qui ont un fonctionnement normal et une intelligence basse peuvent faire un bon ajustement tandis que les personnes d'intelligence plus haute qui réalisent le même score total d'efficience, mais dont les scores sont plus pauvres par rapport aux normes de leur niveau d'intelligence, ne s'adaptent pas bien.

De là il est évident que la relation de l'efficience mentale au niveau de l'intelligence est d'une plus grande signification pour le fonctionnement normal que ne sont les scores considérés seuls.

f) les personnes qui montrèrent des particularités de comportement mais qui étaient néanmoins capables de raisonner et généraliser clairement et pour lesquelles on n'avait jamais prononcé un diagnostic pathologique montrèrent de plus grandes différences entre les différentes fonctions mentales que ne le firent les membres du groupe normalement adapté. Cette découverte indique que les relations des différentes phases mentales les unes par rapport aux autres et la façon dont les différentes parties du processus mental fonctionnent ensemble ont plus de signification que :

ou bien le score d'efficience totale
ou bien les différentes phases considérées seules.

Elles montrent que la connaissance du sujet par des fonctions mentales séparées sont à peu près sans signification à moins que les interrelations avec d'autres facteurs et la relation avec "l'ensemble qui fonctionne" ne soit connues.

L'importance des variations dans les intercorrélations des phases de fonctionnement mental est montré dans les analyses psychologiques comparées de 2 personnes de niveau mental équivalent qui obtinrent pratiquement les mêmes scores d'efficience.

A - appartient à un type courant qui fonctionne lentement -
Il a une mémoire qui s'étend sur un long intervalle avec une capacité d'apprentissage relativement pauvre et une capacité lente à se mettre en mouvement.

B - Fonctionne trop rapidement pour être capable de se bien concentrer. Il a une mémoire qui s'étend sur un court intervalle, avec capacité d'apprentissage relativement bonne.

Le fonctionnement apparemment rapide donne une impression erronée cependant, si on n'emploie pas de mesures scientifiques - et cela le fait surestimer - La pensée contrôlée dans des situations nouvelles est pauvre et le trop de rapidité a souvent pour résultat des réponses inappropriées.

Il est de la plus grande importance que ces 2 types soient clairement différenciés dans les écoles.

A cause de sa facilité apparente le type trop rapide sera volontiers surévalué. scolairement et placé dans des

classes qui requièrent des capacités d'abstraction et de raisonnement qui le dépassent. Le résultat est que de tels sujets ont peu de chances de succès.

.....

g) On a montré que les différences extrêmes au delà des normes sont fondamentales par rapport à des scores extrêmes à l'inventaire de personnalité de BERNREUTER, fait qui montre que les différences en efficience mentale sont probablement sous-jacentes aux causes mentales des traits de base de personnalité.

Il est également apparent, d'après les résultats statistiques, que la meilleure efficience du groupe de ceux qui fonctionnent normalement doit être dépendant de la régulation d'une activité propédeutique sous-jacente, activité qui tend au fait qu'on se rend compte de la chose - fait qui rend compte de la rapidité accrue de réponse aux niveaux plus élevés d'intelligence. Ceci signifie que le fonctionnement normal d'une capacité-intellectuelle de plus en plus élevée dépend d'un arrièrè plan "aperceptif" qui est acquis par l'interréaction d'une capacité native et de l'expérience et qui peut être utilisée à des degrés variés de conscience.

.....

Il devient évident que l'intelligence est un facteur général dont le développement est montré par le degré auquel une personne est capable d'abstraire, de raisonner et de généraliser - par le degré auquel elle est capable d'utiliser des données d'une nature de plus en plus subjective (grâce à la faculté de tenir des idées dans l'esprit par le moyen des symboles) :

-grâce à l'arrièrè plan aperceptif qui peut fonctionner alors que l'on s'en rend très peu compte.

Tout ceci doit naturellement fonctionner dans un cadre "Temps" optimum. Le cadre temps optimum signifie plus spécialement que le fait de se souvenir d'idées pertinentes ne devrait jamais être d'un fonctionnement si lent que le problème original ne commence à s'évanouir avant qu'une association ne puisse affecter d'autres idées et influencer la réponse. Il ne faut pas non plus que ce rappel des idées pertinentes soit si rapide que les associations ne soient pas suffisamment contrôlées par le problème.

L'ouvrage a démontré la nécessité d'utiliser certaines constantes en psychologie - d'utiliser la meilleure que nous ayons en attendant d'en avoir une plus parfaite qui soit élaborée : car sans le contrôle du niveau mental, les différences significatives dans l'efficacité de fonctionnement dans les cas individuels n'auraient pas pu être démontrées.

Ceci n'est même pas en conflit avec la vieille psychologie des Facultés - Au lieu de cela, cela fournit une analyse de traits complexes qui ont été observés et ont reçu un nom avant qu'il ne devint apparent que d'autres éléments mentaux fondamentaux, qui ne sont pas facilement isolables fonctionnent dans toutes les Facultés. Le jugement, par exemple, est une activité mentale complexe qui dépend de l'intelligence de la connaissance et de l'efficacité avec laquelle intelligence et connaissance peuvent être utilisées - Ceci signifie que le niveau d'intelligence et l'efficacité du fonctionnement mental sont les principaux facteurs sous-jacents au jugement puisqu'ils ne peuvent être acquis par l'expérience.

"La théorie du niveau d'efficacité est fondamentalement en accord avec la théorie des 2 facteurs de SPEARMAN, bien qu'elle ait été atteinte par des voies différentes. Les deux facteurs sont donnés par le niveau d'intelligence qui corres-

pond à la capacité d'établir des relations et des déductions et d'autre part l'efficiencce mentale qui est la manifestation extérieure de l'énergie dont le système neurologique peut faire usage. Cependant c'est plus exactement une théorie à un seul facteur, l'unique facteur étant la faculté abstraite de raisonner, généraliser et déduire, dont le fonctionnement dépend de l'énergie. Cette énergie à son tour dépend du milieu interne de l'esprit qui n'est pas tellement un facteur mental en soi, mais plutôt le déterminant des conditions auxquelles l'unique facteur fonctionne et dont les effets se maintiennent dans l'aspect "Temps" des processus mentaux.

Le point de vue niveau d'efficiencce fournit une méthode d'analyse psychologique qui est d'une valeur particulière dans beaucoup de problèmes pratiques.

Le concept "d'efficiencce de fonctionnement" comme distinct du niveau d'intelligence peut être appliqué dans toutes les mesures valides de l'intelligence et des capacités spéciales de telle façon que cela accroît grandement leur valeur diagnostic. Par exemple, un examen tel que le test d'habileté mécanique de MAC QUARREY est d'une beaucoup plus grande valeur en tant qu'instrument clinique quand les parties qui dépendent du contrôle psycho-moteur et de la vitesse sont évaluées séparément par rapport aux parties qui requièrent une intelligence mécanique et quand les effets du niveau et de l'efficiencce, aussi bien que le score total et que les tests séparés, sont évalués en unités de niveaux de développement.

Les deux facteurs - niveau et efficiencce - imprègnent toute l'activité mentale. Ils ont entre eux une corrélation élevée, parce que l'un est un absolu mental par rapport à l'autre. Quand il dévie (c'est-à-dire quand il n'y a plus

de corrélation il y a anomalie de conduite.

A moins qu'ils ne soient séparément évalués, ils embrouillent notre jugement. Quand ils sont considérés séparément, ils éclairent des problèmes de comportement qui sont, autrement, ininterprétables.

On soumet les idées suivantes à l'attention du lecteur :

- a) le concept d'efficience de fonctionnement mental en tant que distinct du niveau d'intelligence
- b) le concept de "milieu intérieur de l'esprit" dont l'état se trouve être le principal facteur dans la détermination de conduites pathologiques ou normales.
- a) une lumière nouvelle sur le premier stade de dégat (non pas détérioration, mais "impairment" mental) dont on a montré qu'elle consistait en un retard de l'activité mentale contrôlée.
- d) une connaissance à laquelle on est arrivé scientifiquement en ce qui concerne l'activité qui se produit entre stimuli et réponses dans différents types de fonctionnement mentaux et qui a montré que les différences sont dues aux variations de contrôle de l'activité mentale interne d'association.
- e) la détermination de la place des psychoses "psychogéniques" sur la courbe normale de distribution d'efficience mentale entre le normal et le bon et l'extrêmement détérioré.
- f) à la place d'un soit disant inconscient, un passé ("functionable past") capable de fonctionner (passé capable d'être mis en oeuvre) qui peut agir à des degrés variés de conscience (c'est-à-dire dont on se rend compte différemment) et qui est un résultat des expériences conscientes qui se sont intégrées à des expériences précédentes et dont l'esprit normal est capable de faire un usage pertinent.
- g) une méthode d'analyse psychologique qui montre les capacités

mentales sous-jacentes et relie chacune à l'"Ensemble Fonctionnant".

Mais une étude critique de ces postulats est faite par YACORZINSKY :

"Evaluation des postulats à la base du test de BABCOCK"

"Mon dessein est d'examiner les postulats fondamentaux qui se trouvent à la base du BABCOCK pour la détérioration mentale et de montrer que l'auteur a fait des choses qui semblent à l'auteur du présent article des "présupposés fallacieux" en ce qui concerne la raison pour laquelle le test, d'après elle, mesurerait la détérioration. L'assertion que nous faisons ici ne met aucunement en doute la validité du test en tant qu'instrument. Mais elle se réfère simplement aux bases théoriques sur lesquelles le test a été construit.

D'amples preuves expérimentales ont été accumulées pour montrer que le test mesure bien la détérioration dans le cas de "P.G.", également dans les cas de schizophrénie, d'épilepsie et de sénilité bien que son efficacité ait été récemment mise en question par CAPS.

DALTMAN et SHAKOW ainsi que DAVIDSON, DEARBORN, et SIMMONS ont fait usage de tests similaires quant à la théorie à l'échelle de BABCOCK, mais différents quand au contenu et ceci pour mesurer la détérioration. Ils rapportent que les tests différencient les psychotiques, etc... des sujets non détériorés quoique, selon HALTMAN et SHAKOW la relation entre le degré de détérioration et les scores obtenus à de tels tests n'aient pas nécessairement besoin d'être positive.

Quand elle aborde le problème de la détérioration, BABCOCK pose en principe que "la première loi de la détérioration men-

taille" est "ce qui a été appris le plus anciennement se perd en dernier".

On peut accepter cette hypothèse, vu que il y a eu un certain nombre de rapports cliniques pour la soutenir, et quoiqu'il soit difficile de la vérifier expérimentalement. BABCOCK présume alors que le vocabulaire est une vieille habitude qui ne se détériore pas dans la même proportion que les scores à des tests qui requièrent des associations récentes. On obtient un index de détérioration en comparant le score aux tests vocabulaire avec les scores aux tests : "percevoir et fixer des données nouvelles".

Le présupposé selon lequel le vocabulaire est une vieille habitude ne repose cependant sur aucune preuve contrôlable qui serait fournie par le développement du vocabulaire en tant que fonction d'un âge. En effet, il existe des preuves fournies par les résultats de tests de vocabulaire utilisés dans la lecture, dans la culture scolaire et des tests d'intelligence qui démontrent que l'amplitude du vocabulaire de quelqu'un se développe jusqu'à sa maturité et peut être (chez un groupe de sujets sélectionnés) jusqu'à l'âge de 45 ans.

C'est ce qui n'est pas clair vu que les items du test BABCOCK qui ont pour but de mesurer un comportement récent (comme de suivre un labyrinthe en forme d'étoile, comme d'écrire la phrase "je vais aller mieux dans très peu de temps", ou comme de nommer les jours de la semaine ou les mois de l'année) existent à un stade précoce du développement dans le répertoire du comportement de l'organisme, ainsi que le montre le rang d'âge mental de certains de ces items dans le test STANFORD-BINET. Il y a aussi de bonnes raisons pour croire que la plupart des facultés avant de se développer au delà de

l'âge limite de la maturité - ainsi qu'en tout efois les limites imposées aux âges chronologiques par tous les tests d'intelligence.

Bien que l'un des principaux présupposés admis par BABCOCK, à savoir que le vocabulaire est une habitude plus anciennes que les habitudes requises pour la solution de beaucoup des autres items du test BABCOCK, soit insoutenable, il nous reste à expliquer la raison pour lauelle le test est validé comme l'ont affirmé la plupart de ceux qui en ont fait usage.

Il doit être exact, qu'à l'intérieur de certaines limites le vocabulaire montre un degré de détérioration moindre que d'autres formes de comportement et c'est ce fait qui reste à expliquer.

On se trouve sur la voie d'une explication grâce au travail qui a été fait sur la "différence qualitative de la difficulté des définitions".

Il est naturellement connu qu'une grande majorité de mots peuvent se définir de beaucoup de façons qualitativement différentes et cependant appropriées. Après avoir analysé les réponses des sujets au vocabulaires STANFORD-BINET, MARX rapporte un maximum de 16 définitions différentes pour un mot, et GREEN un maximum de 7 - Toutes ces définitions ne sont pas également difficiles.

Les résultats de GREEN montrant la distribution des différentes sortes de définitions en rapport avec l'âge chronologique vont dans la même direction quoique la classification qualitative utilisée par elle soit quelquefois différente de celle de MARX. Le tableau montre par exemple que pour des mots qui peuvent être définis de cinq façons, l'âge mental médian des groupes qui utilisent les différentes définitions s'échelonnent de 9,5 à 13,8 années.

Il est évident qu'il y a beaucoup de façon de définir un mot. Certaines de ces définitions sont difficiles et d'autres faciles. Si la détérioration affecte les mécanismes qui jouent un rôle dans les processus symboliques les plus difficiles, le mot pourra encore être défini selon des méthodes plus simples. En d'autres termes l'organisme dont l'horizon intellectuel s'est trouvé diminué pour des raisons pathologiques sera encore capable d'atteindre le même résultat en tant que but, mais ceci sera accompli en rapport avec le niveau général de sa capacité intellectuelle.

SEESHORE a montré que les différences individuelles peuvent être dues en partie à des méthodes différentes utilisées par les sujets pour résoudre un problème. A ceci l'auteur de cet article se plaît à ajouter que certaines des méthodes de travail les plus efficaces mais les plus difficiles requièrent un certain niveau de capacités générales et qu'il se pourrait que la détérioration détruise les mécanismes qui sous-tendent les solutions les plus difficiles.

GOLDSTEIN offre des données très pertinentes sur cette question. Il montre que certaines lésions cérébrales ne détruisent pas la capacité de résoudre un problème, mais affectent la méthode par laquelle ce problème peut être résolu. Le rapport de KRECHEVSKY sur les conduites de détour des animaux ajoute à la vraisemblance de la sus-dite hypothèse. Il a montré que des rats souffrant de lésions corticales auxquels on offre deux solutions possibles à un problème de labyrinthe sont moins capables d'utiliser la solution difficile et ceci quoique cette solution soit plus efficace puisqu'elle requiert une moins grande dépense d'énergie.

L'auteur du présent article a utilisé des sujets humains dans un labyrinthe à une seule allée qui peut être solutionné

par un certain nombre de méthodes différentes - et il a découvert que l'espèce de solution utilisée dépend du niveau général de l'intelligence du sujet.

SHERBURNE a obtenu des résultats similaires avec un test de raisonnement.

On voit clairement maintenant pourquoi le score de vocabulaire ne se détériore pas dans la même proportion que les autres conduites mesurées par le test de BABCOCK.

Le test de détérioration n'utilise que les résultats finaux dans une définition de mots - et par conséquent il semble superficiellement que le vocabulaire demeure non affecté par la détérioration générale.

Il semble logique de présumer cependant que la raison pour laquelle le vocabulaire de l'individu détérioré reste relativement inchangé est que des méthodes plus faciles pour atteindre les mêmes résultats finaux demeurent à la disposition de l'organisme, même si les solutions plus difficiles demeurent à sa portée. La plupart des autres items de ce test requièrent des conduites contrôlées où les solutions appropriées et efficaces peuvent être atteintes par une (ou tout au moins par un nombre minimum) d'espèces différentes de réponses. Comme on pourrait s'y attendre, ce sont les scores de ces derniers tests qui sont affectés au plus haut degré chez les malades détériorés. (Il est possible que l'étalement des scores sur une vaste échelle d'âge dans le test STANFORD-BINET que l'on a considéré comme indiquant la détérioration soit de la même façon dû aux différences qui existent dans le nombre et la difficulté des solutions pour les différents items du test).

Si les définitions plus difficiles des mots ne sont

plus présentes dans le répertoire des réponses d'un individu détérioré, alors on peut s'attendre à ce qu'il y ait non seulement un changement qualitatif dans l'aspect des définitions, mais aussi que le nombre des définitions à la disposition du sujet pour chaque mot, se trouve diminué. Le fait que cette dernière solution soit apparemment vraie en ce qui concerne les épileptiques détériorés a été rapporté par CAPS -

Pour des mots qui peuvent se définir d'au moins cinq façons différentes, il a trouvé que "le groupe le moins détérioré pouvait à l'occasion fournir jusqu'à 4 ou 5 sens pour chaque mot stimulus - mais que le groupe le plus détérioré ne parvenait à donner 2 sens pour un mot stimulus qu'environ 3 fois sur 12. Ce groupe pouvait très rarement donner jusqu'à 3 sens pour un seul mot". CAPS présume que l'explication de ces résultats se trouve dans le fait que le malade détérioré n'est pas capable de passer rapidement d'un sens à l'autre. Il est possible cependant que les définitions les plus difficiles dépendent de mécanismes qui ont été affectés par le processus de détérioration de telle sorte que le malade donne un moins grand nombre de définitions parce qu'il n'est capable de définir le mot que selon ses significations les plus simples.

Il y a peu de raisons de supposer que si ce sont là seulement les résultats finaux de la capacité à définir les mots qui est mesurée, les scores vocabulaire des malades détériorés resteront complètement non affectés vu que même les définitions les plus faciles de certains mots sont trop difficiles pour les sujets des âges mentaux les plus bas.

CAPS, en fait, a trouvé une relation directe entre le degré de détérioration et ces scores à certaines tâches qui mesureraient principalement la capacité à utiliser des mots.

Il rapporte que des scores obtenus à des tests écrits (à

l'exception d'un test "antonym") ont une corrélation d'un degré plus élevé avec la détérioration que les scores des tests auxquels le sujet répondait oralement. Un examen des espèces de tests qu'il a utilisés montre que les conditions suivantes différencient tests écrits et oraux : que les réponses correctes aux tests écrits étaient prédéterminées et ne permettaient au sujet aucune alternative pour obtenir la solution correcte - et que les tests oraux (homographe, libre association de mots, et vocabulaire STANFORD-BINET) étaient susceptibles de recevoir de nombreuses réponses appropriées. Ainsi les tests écrits n'offraient au sujet qu'une seule ou (en mettant les choses au mieux) quelques méthodes pour résoudre le problème - tandis que les tests oraux pouvaient être surmontés en utilisant un grand nombre de solutions différentes - Nous avons là les mêmes conditions qu'entre les items du test BABCOCK et le score vocabulaire - et ceci peut s'expliquer par conséquent sur la même base à savoir que si un certain nombre de méthodes s'offrent pour atteindre un résultat final, le sujet n'a pas besoin d'avoir à sa disposition les solutions les plus difficiles pour obtenir la réponse correcte.

La vérification de cette hypothèse que la raison pour laquelle les scores vocabulaire des détériorés montre un changement minimum par rapport au niveau prédétérioré est que il y a beaucoup de solutions appropriées de difficultés variées et que le résultat final consistant à définir un mot peut se faire sur la base des définitions les plus faciles, même si les mécanismes impliqués dans l'organisation conceptuelle plus difficile ne se trouvent plus à la disposition du sujet. Ceci ouvre deux perspectives de recherche :

- 1° l'analyse qualitative des définitions de mots utilisés par les sujets détériorés et non détériorés ;

2° la comparaison des méthodes utilisées dans la solution de problèmes pour lesquels le "résultat-but" peut être atteint par un certain nombre de méthodes différentes de difficultés variées.

De toute cette étude critique il ressort :

Que si les tests de vocabulaire sont les tests qui tiennent le mieux, cela tient à ce qu'une réponse peut être donnée, même si la pensée fonctionne à un "niveau conceptuel bas" (avec une "efficience mentale faible").

Peu importe donc que le vocabulaire soit ou non l'acquisition la plus ancienne et la plus rapidement saturée avec l'âge (ce qui reste malgré tout schématiquement certain) - l'important est de comparer ce qui peut encore être obtenu avec une faible capacité conceptuelle (un faible facteur G, une faible efficience intellectuelle) et ce qui ne le peut plus.

Mais l'esprit de cette tendance est telle qu'en poussant l'idée jusqu'au paradoxe, il ne serait pas impossible de mesurer la D.M. en utilisant seulement des tests de vocabulaire.

En réalité, pour intéressante qu'elle soit, elle n'infirme en rien la valeur du vocabulaire, comme repère du niveau pré morbide.

C'est dans le même esprit que SHIPLEY (Walter C) propose une méthode de mesure qui utilise des fonctions se détériorant encore plus vite.

"Cette étude a trait au fait d'étendre la méthode de mesure de détérioration mentale employée par BABCOCK. Sa méthode consiste à mettre en contraste une fonction qui dure rela-

tivement longtemps avec un groupe de fonctions qui se désagrègent.

Plus spécifiquement, elle compare l'âge mental d'un malade tel qu'il est déterminé par le test vocabulaire de TERMAN avec son âge mental tel qu'il est déterminé par un groupe de tests de mémoire, de tests moteurs, et de tests d'apprentissage.

La détérioration est indiquée par l'index d'efficiencia qui représente l'étendue de la différence de ce dernier par rapport au premier.

En vue d'apprécier la valeur de la méthode, nous avons essayé de trouver des fonctions se détériorant encore plus vite pour les comparer avec le vocabulaire. La présente étude a pour objet une évaluation de la fonction de pensée abstraite vue sous cet angle.

On a administré l'examen BABCOCK et un test "papier-crayon" de capacité de pensée abstraite à 160 malades dans un asile privé.

On groupa alors les malades selon le degré de détérioration tel qu'indiqué par l'index d'efficiencia BABCOCK. Les scores moyens d'âge mental pour les 2 tests furent pratiquement identiques dans le groupe, ne montrant pas de détérioration. Dans tous les autres groupes, les scores de pensée abstraite se trouvèrent être considérablement moindres. Les résultats indiquent donc que le test de pensée abstraite quand il est utilisé de pair avec un test de vocabulaire, constitue une mesure fine du degré intellectuel.

De ces études ressortent surtout :

1° l'importance, la valeur de la pensée abstraite.

Toute comparaison de la pensée abstraite actuelle avec un "test témoin" du niveau antérieur (et notamment, malgré l'étude critique de YACCORZINSKY, un test de vocabulaire) a des chances d'être un bon signe de la détérioration réelle.

2° la distinction nécessaire entre "le niveau" de cette pensée et l'efficience avec laquelle elle peut fonctionner -

Or la vitesse est un des meilleurs témoins de cette efficience.

-:-

CHAPITRE VII

-:-

L'ETUDE DE MAGARET ET SIMPSON

-:-:-:-:-

Nous présentons ici cette étude parce qu'elle est fort voisine de la nôtre , et notamment parce qu'elle s'est proposé de comparer la détérioration jugée par les cliniciens et celle jugée par les psychométriciens.

Les auteurs écrivent notamment :

"Les techniques courantes pour l'appréciation de la détérioration chez les psychotiques sont basées sur un certain nombre de présupposés.

Le diagnostic de détérioration des habitudes porté par le psychiatre à partir de l'observation de gros changements du comportement (par exemple) diffère fortement de l'estimation, plus restreinte, du psychotechnicien, estimation faite à partir de la performance par rapport à des échelles standardisées.

Par ailleurs, les estimations psychométriques sont en désaccord entre elles en ce qui concerne les prémices sous-jacents.

La confusion qui existe dans la description de la détérioration psychotique est pour le moins partiellement le produit d'instruments de diagnostic différents. Des approches différentes ont pour résultat des conclusions diverses et contradictoires.

La définition de la détérioration par le psychotechnicien requiert la démonstration d'un déclin mesurable à un test en rapport avec l'apparition de désordre de la conduite."

Les auteurs rappellent ensuite la méthode longitudinale,

idéale mais rarement possible et la méthode de comparaison de tests supposés tenir et ne pas tenir.

Puis ils rappellent la signification de la détérioration au SHIPLE HARTFORD, mesurée par le Quotient conceptuel et celle de W.B., mesurée par l'index comme on l'a déjà vu, la première reposant sur la baisse de la pensée abstraite avec la maladie, la seconde sur l'observation de la baisse de certains subtests avec l'âge.

Les auteurs ont donc comparé "les 2 index" dérivés de conceptions différentes du processus de détérioration, à un même groupe de psychotique comprenant :

11 schizophrènes, 12 maniacodépressifs, 7 mélancolies d'involution, 6 alcooliques, 7 P.G., 2 épileptiques, 2 psychoses traumatiques, 2 déséquilibrés psychopathiques, 1 paranoïaque, 1 toxicomane;

Deux psychiatres ont estimé la détérioration de ces 45 malades sur une échelle en 4 points :

DETER.	nulle
	légère
	modérée
	importante ,

et cela 6 mois après les tests
et 17 mois " "

Les résultats ont montré :

des QI (au WB) de 70 à 122, moyenne 96,4
Scores totaux au SH de 18 à 64, moyenne 42,1
Index de DET. de W. - 61% à + 49% moy. - 1,3 %
Quotien concept de SH 55 à 105 " 74
- 7 malades avaient un index de W > 20 % (niveau limite)
- 29 " " un QC de SH < 70 de DET.

Les auteurs de conclure :

"Que les 2 mesures ne classent pas les malades au même degré. Si le SH était la seule mesure employée, un bien plus

grand nombre de malades (29) serait diagnostiqué comme étant
détérioré que si l'index de W. était utilisé comme unique
mesure.

La corrélation entre l'index de détérioration de W. et le
Q.C. de SH ne diffère pas significativement de 0.

Par ailleurs, les corrélations bi-sérielles entre les éva-
luations par les psychiatres et chacun des indices de détermi-
nation psychométrique ne diffère pas significativement de 0.

Enfin 14 malades ont été retestés 11 mois après et on n'a
pas trouvé de relation significative entre scores WB ou SH et
les index de **détérioration.**"

D'où la conclusion générale que :

"Il y a peu ou pas beaucoup d'accord entre les estimations
dérivées des indices psychométriques et les évaluations des
psychiatres, ni avec les déclinés dans l'accomplissement des
tests après une période de 11 mois."

Puis MAGARET et SIMPSON font alors une analyse critique
de ces résultats, notamment en ce qui concerne le SH, qui a
tendance à placer beaucoup de sujets à la limite de la DET. et
qui n'a pas de "correction d'âge".

Mais ils critiquent aussi l'idée que la performance du vo-
cabulaire soit intangible avec l'âge, et celle que la détério-
ration psychotique (celle des schizophrènes notamment) soit i-
dentique à la détérioration liée à l'âge.

Aussi :

"Quand deux conceptions fondamentalement différentes se
trouvent à la base de 2 échelles de détérioration, il n'est
pas étonnant que les résultats obtenus présentent peu de rela-
tions entre eux!"

Quant aux psychiatres, ils jugent surtout l'adapata-
tion sociale, l'attention aux soins personnels, aussi bien que la

compétence à se souvenir, à résoudre des problèmes. Tandis que les échelles psychométriques ne sont pas construites pour jauger la conduite générale du malade.

Et MAGARET et SIMPSON concluent leur étude :

- 1 - "La détérioration psychotique est encore un terme mal défini.
- 2 - Basse corrélation entre les indices de SH et de WB sur un groupe de malades hospitalisés.
- 3 - Le manque d'accord avec les évaluations des psychiatres suggère que des facteurs autres que la performance conventionnelle à un test devrait être incluse dans une mesure quantitative de la détérioration

-:-

Dans notre expérimentation nous avons de même comparé :

- Les méthodes diverses de mesures de la détérioration
- l'appréciation des psychiatres par rapport à l'appréciation psychométrique.

Et nous sommes dans notre étude personnelle parvenu :

- à de faibles corrélations entre les différentes mesures ;
- à l'idée que les appréciations cliniques et psychométriques de la détérioration semblent ne pas se recouvrir totalement et que la "Détérioration mentale en elle même" est une Réalité que nos concepts actuels et nos méthodes d'approche sont encore loin de bien appréhender.

-:-

CHAPITRE VIII

— 5 —

EXPERIMENTATION PERSONNELLE

SUJETS ETUDIES -

1° Nous avons appliqué la même Batterie de tests, à 3 groupes de 20 sujets - de 30 à 70 ans.

20 sujets normaux (groupe A)

20 psychotiques délirants (groupe B) certains étant d'authentiques schizophrènes

20 P.G. (groupe C) (diagnostic garanti par les réactions sérologiques).

2° Les sujets ont été appareillés, 3 à 3, d'un groupe à l'autre, pour être de niveau culturel et d'âge comparables.

Les moyennes d'âge et de niveau culturel sont donc comparables d'un groupe à l'autre.

Le niveau culturel des sujets est :

NC 2 classe du certificat d'études

NC 3 reçus au certificat d'études

L'âge moyen est de :

Groupe A : 51 ans, 40

Groupe B : 52 45

Groupe C : 53 35

3° Tous ces sujets sont de sexe féminin

BATTERIE UTILISEE -

1° Le test de vocabulaire de BINOIS-PICHOT
note de 0 à 40

Ce test inspiré du MILL HILL vocabulary test, est longuement décrit dans la thèse de PICHOT, qui concluait que "le test de vocabulaire le plus satisfaisant pour la mesure de la D.M. restait le test avec synonymes".

2° Deux tests faisant partie de l'Echelle mémoire de WECHSLER

a) le contrôle mental

côté de 0 à 9

et consistant dans :

1 - compter en arrière de 20 à 10

limite de temps 30 secondes

2 - Dire l'alphabet

limite de temps 30 secondes

3 - Compter par 3 en commençant par 1,

1, 4, 7 ...

On arrête le sujet à 40

Pour ces 3 subtests :

score 2 : pas d'erreurs

score 1 : une seule erreur

Crédit supplémentaire de 1,

s'il n'y a pas d'erreurs et si le temps mis est inférieur à 10 secondes pour les subtests 1 et 2, et inférieur à 20 secondes pour le subtest 3.

b) le test de mots couplés

noté de 0 à 21

- il consiste en une liste de 20 mots,

couplés 2 à 2 -

On lit la liste en entier. On demande au sujet de dire ensuite pour chaque mot, "celui qui était couplé avec lui".

La liste est présentée 3 fois, en ordre différent.

- les couples sont classés en :

couples faciles et couples difficiles.

A est le score total des réponses exactes aux couples faciles pour les 3 présentations

B le score total des réponses exactes aux couples difficiles

La note obtenue est $\frac{A}{2} + B$.

3° Le TEST de BENTON

ou test de RETENTION VISUELLE

Nous avons utilisé la Forme F

"On présente au sujet une carte où se trouve un dessin contenant une figure ou plus et on lui dit qu'il doit étudier la carte pendant 10 secondes - Quand on lui retire cette carte, on lui montre une autre carte comprenant 4 dessins différents, parmi lesquels l'un est le dessin qu'on lui a présenté au début". (BENTON) le sujet doit reconnaître le dessin.

On présente 15 dessins

Le test est noté de 0 à 15

4° Le TEST P.M. 38

ou PROGRESSIVE MATRICES 1938

en temps, libre

noté de 0 à 60

5° L'ECHELLE DE WECHSLER-BELLEVUE

Adulte - Forme 1

6° Enfin la détérioration a été appréciée cliniquement par 2 psychiatres. Selon le critère : détérioration: nulle, légère, moyenne, importante.

II - RÉSULTATS

83.

N O R M A U X :

D R A U X			D E T E R I O R. C L I N I Q U E			V O C	con- trole men- tal	Mots cou- plés	Ben- ton	P M 38	W. B.			
Age	NC		A	B	$\frac{A+B}{2}$						Q I ver- bal	Q I perf.	Q I to- tal	Index Det.
32	3					20	2	15,5	8	25	109	95	103	13
35	3					23	8	16	10	24	109	93	103	5
40	3					23	4	17,5	11	37	109	118	117	8
42	2					26	5	19	10	21	116	101	112	8
44	2					21	2	8	9	14	94	95	96	39
46	3					15	2	10	13	25	106	92	102	-2
51	3					28	8	13,5	14	33	115	111	119	-21
49	2					28	5	13,5	12	26	104	101	106	25
56	3					30	9	17	12	22	114	109	113	16
54	2					22	4	13	6	16	105	99	101	23
54	2					14	9	7,5	9	15	102	99	99	5
56	3					26	7	16	13	46	113	125	121	-5
61	3					29	9	16,5	11	25	115	112	110	8
56	3					13	3	11,5	11	23	105	101	103	14
58	3					32	7	12	9	42	115	117	117	14
59	3					18	3	11	9	17	103	104	104	17
61	3					24	8	17,5	5	12	111	105	108	6
62	3					18	3	12	11	27	109	114	111	10
66	3					29	6	14	9	21	109	116	113	10
66	3					26	6	16	7	15	113	99	105	9

P S Y C H O S E S :

PSYCHOSES			DETERIOR. CLINIQUE			VOC	con- trôle men- tal	Mots cou- ples	Ben- ton	PM 38	W.B.			
os	Age	NC	A	B	$\frac{A+B}{2}$						QI ver- bal	QI perf.	QI to- tal	Index Det.
1	39	2	0	0	0	23	9	14,5	11	24	112	99	106	10
2	34	3	1	2	1,5	23	7	6	11	16	85	62	73	25
3	32	3	2	1	1,5	22	9	17,5	10	36	104	102	104	8
4	41	2	1	3	2,0	18	4	6,5	3	13	89	88	88	19
5	48	3	0	0	0,0	28	9	16	12	34	106	99	102	-1
6	48	2	1	1	1,0	25	9	13	8	19	98	103	100	2
7	52	2	0	0	0,0	23	6	6,5	12	28	112	121	118	-21
8	55	3	2	2	2,0	23	7	9,5	7	22	110	99	106	-18
9	52	2	1	1	1,0	25	2	9	11	18	99	93	95	14
0	55	2	1	2	1,5	17	4	4,5	7	20	97	100	98	24
1	56	2	1	1	1,0	23	6	8	5	13	101	86	92	21
2	53	3	1	1	1,0	24	6	4	4	20	112	84	97	1
3	51	2	3	2	2,5	26	5	2	5	19	91	87	88	0
4	57	3	2	2	2,0	16	4	2	8	25	95	110	101	19
5	57	3	0	0	0,0	29	8	16	10	25	121	43	119	-3
6	58	3	0	0	0,0	26	8	11	10	23	116	111	115	-6
7	61	3	1	1	1,0	26	8	13	9	27	120	112	114	-6
8	63	3	1	3	2,0	30	8	18,5	6	24	115	101	109	3
9	69	3	1	1	1,0	27	7	14,5	12	38	120	124	118	-14
0	68	2	1	2	1,5	21	6	4,5	6	16	101	97	96	8

P.G. :

P.G.			DÉTERIOR. CLINIQUE			VOC	con- trôle men- tal	Mots cou- plés	Ben- ton	PM 38	W.B.			
s	Age	NC	A	B	$\frac{A+B}{2}$						QI ver- bal	QI perf.	QI to- tal	Index Dét.
	35	2	3	3	3,0	17	3	10	3	21	87	74	79	-1
	36	3	2	2	2,0	18	3	12	9	22	94	87	90	-2
	40	2	1	2	1,5	16	5	13	11	22	97	97	96	24
	41	3	2	3	2,5	15	1	1	4	18	64	75	67	-14
	47	3	2	3	2,5	17	2	6	9	13	95	96	94	-14
	48	3	2	2	2,0	32	5	9,5	11	24	97	103	99	10
	50	3	2	3	2,5	21	7	5,5	9	28	107	101	105	-1
	52		2	3	2,5	19	2	8	8	20	97	95	95	15
	54	3	1	3	2,0	21	7	7	8	15	96	81	86	8
	54	3	2	3	2,5	21	5	8	8	17	98	85	90	16
	54	2	2	3	2,5	24	6	17,5	11	23	101	103	101	16
	58	3	1	2	1,5	23	8	10	12	17	102	108	104	6
	59	2	2	3	2,5	25	6	6	11	21	109	110	110	-19
	60	2	2	3	2,5	19	4	11,5	5	11	97	99	97	13
	60	3	0	1	0,5	36	9	16	10	42	110	126	117	15
	60	3	1	2	1,5	23	4	7,5	5	21	96	94	93	11
	61	3	1	2	1,5	26	7	15,5	10	31	110	108	109	14
	62	3	3	3	3,0	22	5	5,5	10	23	108	99	103	18
	67	2	1	2	1,5	23	5	10	10	22	107	106	105	22
	69	2	3	3	3,0	19	1	6	8	16	96	94	92	13

- ETUDE DU CRITERE "DETERIORATION CLINIQUE"

Les 40 malades ont été examinés chacun par deux psychiatres. Pour chaque malade, chaque psychiatre a été prié d'indiquer si, d'après l'examen clinique, il estimait qu'il était:

- non détérioré (0)
- légèrement détérioré (1)
- moyennement détérioré (2)
- très détérioré (3)

Les résultats moyens sont les suivants :

	Psychiatre 1	Psychiatre 2
Psychoses délirantes	1,15	1,30
Paralysies générales	1,75	2,55
Ces résultats montrent		

- Que le psychiatre 2 estime systématiquement plus fortes les détériorations présentées par les malades, aussi bien pour les psychoses délirantes que pour les paralysies générales.
- Que les paralysies générales sont considérées comme plus détériorées que les psychoses délirantes par les deux psychiatres.

Il est intéressant d'examiner de plus près les jugements des deux psychiatres dans chaque cas particulier.

Le graphique 1 représente les corrélations entre les deux séries de jugements dans le cas des psychoses délirantes. On constate qu'il y a accord complet sur 12 malades. Dans 6 cas le psychiatre 2 estime la détérioration plus élevée que le psychiatre 1. Dans 4 cas le désaccord est de 1 point, dans 2 cas il est de 2 points. Dans 2 cas au contraire il estime la détérioration moins forte que le psychiatre 1, la divergence étant dans les deux cas de 1 point. Les histogrammes A et C montrent les distributions des jugements des deux psychiatres.

Le graphique 2 représente les corrélations entre les deux séries de jugements dans le cas des paralysies générales. L'aspect est très différent. En effet, il n'y a accord que sur 5 malades. Apparemment donc, l'accord est beaucoup moins bon que dans le cas précédent. L'examen du tableau montre qu'il n'en est rien. En fait le psychiatre 2 a systématiquement décalé ses jugements de 1 point par rapport au psychiatre 1. Si l'on considère comme zone d'accord :

psychiatre 1 : note 0 - psychiatre 2 : note 1

psychiatre 1 : note 1 - psychiatre 2 : note 2

psychiatre 1 : note 2 - psychiatre 2 : note 3

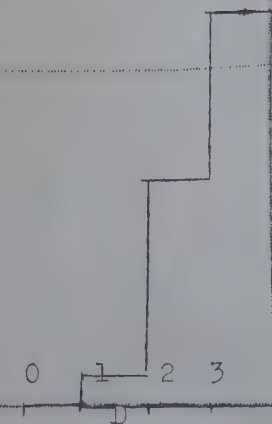
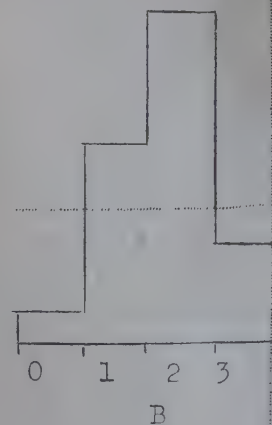
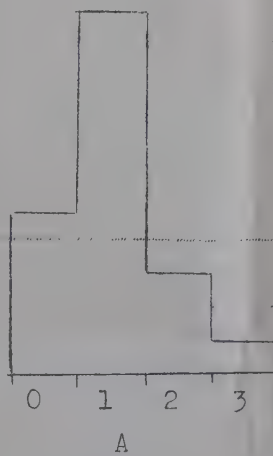
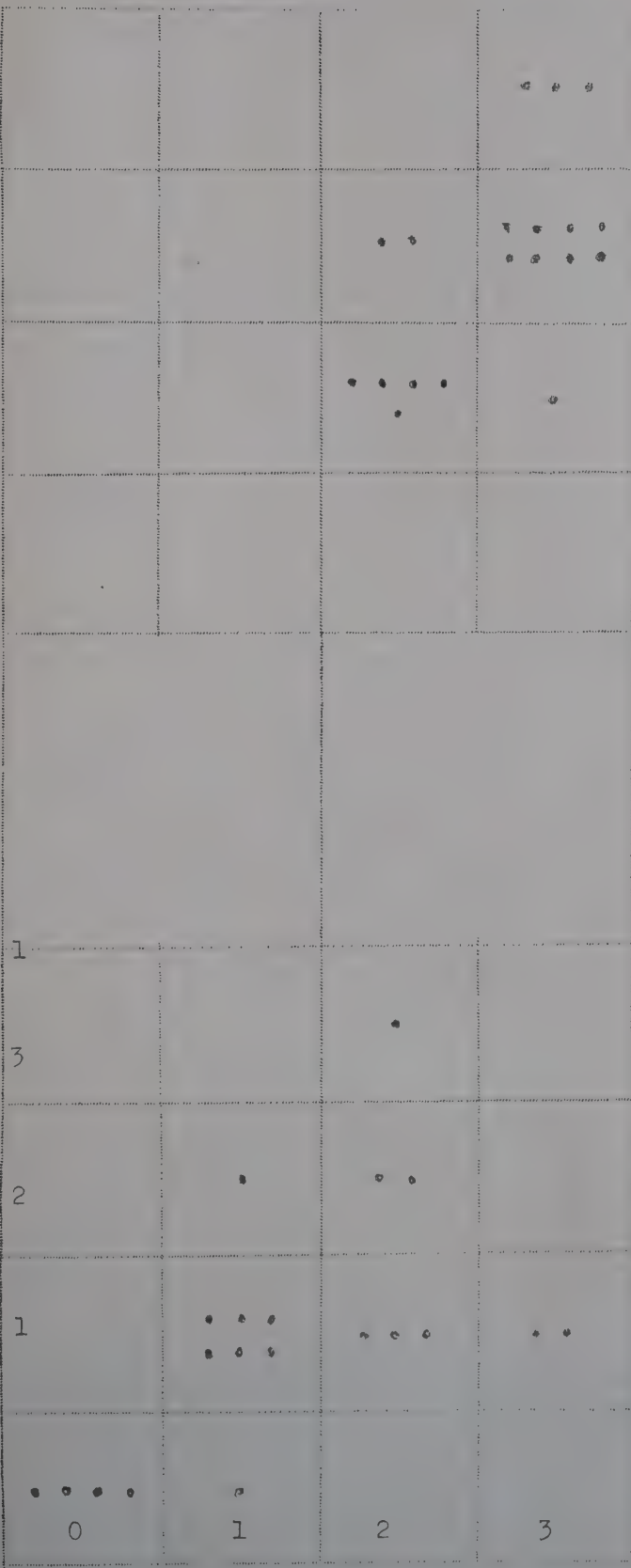
on constate qu'il y a accord pour 14 malades. Pour les 6 malades restants, le psychiatre 2 estime la détérioration plus élevée que le psychiatre 1 (la différence est de 2 points, mais d'après la convention que nous avons prise précédemment seulement de 1 point) ; il estime la détérioration moins élevée de 1 point pour 2 malades (en fait les notes sont identiques). Pour les trois malades restant les deux psychiatres sont d'accord pour les considérer comme très détériorés (note 3). On a toutefois l'impression que ceci provient du fait que le psychiatre 2 n'avait pas à sa disposition de note supérieure à 3.

Les deux histogrammes B et D montrent bien que, du fait de la limitation par le maximum 3, le psychiatre 2, qui cote les détériorations de façon plus sévère, obtient une courbe de distribution très asymétrique, les valeurs allant s'accumuler sur la note 3.

Au total, et malgré les apparences, il semble y avoir meilleur accord entre les jugements pour les paralytiques généraux que pour les psychoses délirantes. Si dans les deux cas le psychiatre 2 tend à considérer les malades comme plus détériorés que le psychiatre 1, cette tendance apparaît comme

beaucoup plus systématique pour les paralytiques généraux.

Dans le reste de ce travail nous utiliserons la moyenne des jugements des deux psychiatres sur chaque malade.



- COMPARAISON DES 3 GROUPES - (en dehors du WECHSLER-BELLEVUE)

Nous appelons :

Groupe A : le groupe des normaux

Groupe B : le groupe des psychosés

Groupe C : le groupe des P.G.

METHODE -

1° On compare les résultats moyens des 3 groupes, en utilisant la méthode statistique appelée "Analyse de la variance".

Le but est, rappelons le, de savoir si les moyennes comparées diffèrent significativement entre elles ou non.

Pour cela, on compare les moyennes. On calcule le rapport de SNEDECOR (ou rapport F). Au dessus d'une certaine valeur de F, les moyennes diffèrent significativement.

2° On compare ensuite les groupes deux à deux - On calcule la différence des moyennes deux à deux, et calcule alors la valeur de t (rapport de Student).

Cette valeur est ou non significative.

RESULTATS -

Test de vocabulaire :

m A	23, 25	
m B	23, 75	
m C	21, 85	
F	0, 81	(N S)

Les 3 groupes ne diffèrent pas significativement entre eux :

$$\begin{array}{rcl}
 m A - m B & = & 0, 50 \\
 t & = & 0, 32 \text{ (N S)} \\
 m B - m C & = & 1, 90 \\
 t & = & 1, 23 \text{ (N S)} \\
 m A - m C & = & 1, 40 \\
 t & = & 0, 90 \text{ (N S)}
 \end{array}$$

Test P.M. 38 (Progressive matrices)

$$\begin{array}{rcl}
 m A & = & 24, 30 \\
 m B & = & 23, 00 \\
 m C & = & 21, 35 \\
 F & = & 0, 73 \text{ (N S)}
 \end{array}$$

Les groupes ne diffèrent pas significativement :

$$\begin{array}{rcl}
 m A - m B & = & 1,30 \\
 t & = & 0,53 \text{ (N S)} \\
 m B - m C & = & 0,67 \\
 t & = & 0,67 \text{ (N S)} \\
 m A - m C & = & 2,95 \\
 t & = & 1,20 \text{ (N S)}
 \end{array}$$

Test de BENTON -

$$\begin{array}{rcl}
 m A & = & 9, 95 \\
 m B & = & 8, 35 \\
 m C & = & 8, 60 \\
 F & = & 2, 21 \text{ (N S)}
 \end{array}$$

Les groupes ne diffèrent pas significativement

$$m A - m B = 1, 60$$

$$t = 1, 95 \text{ (N S)}$$

$$m B - m C = 0, 25$$

$$t = 0, 31 \text{ (N S)}$$

$$m A - m C = 1, 35$$

$$t = 1, 65 \text{ (N S)}$$

jusqu'ici :

1° le test de vocabulaire ne distingue pas les groupes. Ce qui était à priori - puisque les malades ont été choisis de niveau culturel comparable - Or le vocabulaire et le niveau culturel ont entre eux une forte corrélation.

2° Les tests de P.M. 38 et de BENTON n'ont pas distingué les 3 groupes.

Test CONTROLE MENTAL -

$$m A = 5, 50$$

$$m B = 6, 60$$

$$m C = 4, 75$$

$$F = 3, 34 \quad S$$

Les groupes diffèrent entre eux :

$$m A - m B = 1, 10$$

$$t = 1, 53 \text{ (NS)}$$

A et B ne diffèrent pas significativement.

$$m A - m C = 0, 75$$

$$t = 1, 04 \text{ (NS)}$$

A et C ne diffèrent pas significativement.

Les normaux ne diffèrent pas significativement des psychosés ni des P.G.

$$m B - m C = 1,85$$

$$t = 2,58 \quad (S)$$

Par contre, au test de contrôle mental, les P.G. ont différencié d'une manière significative des psychosés.

Le test de contrôle mental a distingué les psychosés des P.G. -

TEST DE MOTS COUPLES -

$$m A = 13,850$$

$$m B = 9,825$$

$$m C = 9,275$$

$$F = 6,80 \quad (TS)$$

Les mots couplés distinguent très significativement les groupes :

$$m A - m B = 8,05$$

$$t = 2,97 \quad TS$$

$$m A - m C = 9,15$$

$$t = 3,38 \quad TS$$

$$m B - m C = 1,10 \quad NS$$

$$t = 0,41 \quad NS$$

Conclusion :

Le test des mots couplés n'a pas permis de distinguer les psychoses des P.G.

Il a permis de distinguer très significativement les normaux des malades.

Tous ces résultats sont résumés dans le tableau suivant:

TABLEAU RECAPITULATIF

-:-

	MOY. normx.	MOY. psych.	MOY. P.G.	F.
Vocabul.	23,25	23,75	21,85	0,81 NS
P.M. 38	24,30	23,00	21,35	0,73 NS
Benton	9,95	8,35	8,60	2,21 NS
Contrôle mental	5,50	6,60	4,75	3,34 S
Mots couplés	13,85	9,82	9,27	6,80 TS

	normx. psych.	t	psych. P.G.	t	normx. P.G.	t
Vocabul.	0,50	0,32 NS	1,90	1,23 NS	1,40	0,91 NS
P.M. 38	0,30	0,53 NS	0,67	0,67 NS	2,95	1,20 NS
Benton	1,60	1,95 NS	0,25	0,31 NS	1,35	1,65 NS
Contrôle mental	1,10	1,53 NS	1,85	2,58 S	0,75	1,04 NS
Mots couplés	8,05	2,97 TS	1,10	0,41 NS	9,15	3,38 TS

V - RESULTATS WECHSLER

NORMAUX

--

INF 1	COMP 2	Chiffres 3	ARIT. 4	SIM 5	VOC 5A	Classt. 6	Compl. 7	Cubes 8	Assem. 9	Code 10	QI verb.	QI Perf.	QI total	Index Det.
11	15	6	9	13	12	12	6	10	8	6	109	95	103	13
10	11	10	10	12	13	5	10	8	9	7	109	93	103	5
11	12	10	11	9	13	10	14	12	14	11	109	118	117	8
12	13	11	10	13	13	12	10	5	8	10	116	101	112	8
10	9	4	6	10	10	10	6	6	13	5	94	95	96	39
9	13	10	8	9	8	8	8	6	8	6	106	92	102	-2
11	8	14	10	13	13	10	9	12	11	11	115	111	119	-21
10	12	6	6	13	13	10	8	8	11	7	104	101	106	25
12	14	8	10	11	14	11	9	5	9	7	114	109	113	16
11	12	8	6	10	14	10	8	5	5	5	105	99	101	23
9	13	4	9	9	10	9	10	5	2	7	102	99	99	5
12	13	8	10	10	13	11	11	13	10	10	113	125	121	-5
11	8	8	9	13	14	10	9	9	8	5	115	112	110	8
10	11	6	9	10	11	7	6	4	10	7	105	101	103	14
12	15	8	11	10	16	10	12	6	10	9	115	117	117	14
9	9	6	9	11	12	7	7	5	11	6	103	104	103	17
10	13	8	8	12	14	10	8	6	5	6	111	105	108	6
9	14	8	8	10	12	8	9	9	12	5	109	114	111	10
12	11	6	10	9	15	10	10	8	8	7	109	116	113	10
13	13	6	8	12	14	7	6	5	4	6	113	99	105	9

RESULTS WECHSLER

-:-

0SES

INF	COM	CH	ARIT	SL	VOC	class	Compl.	Cubes	Assem.	Code		QI verb.	QI perf.	QI total	Index Dét.
1	2	3	4	5	5A	6	7	8	9	10					
10	I3	I2	9	I2	I3	5	10	6	II	10		II2	99	106	10
II	I	II	6	5	I3	2	8	I	0	5		85	62	73	25
II	8	II	8	I2	I3	5	7	8	I4	I3		104	102	104	8
7	5	10	6	7	II	7	8	5	7	3		89	88	88	19
10	10	8	II	I2	I3	8	9	8	5	6		106	99	102	-1
8	7	8	8	II	I	8	8	9	8	6		98	103	100	2
10	10	I2	9	I3	I2	II	8	II	II	I2		II2	121	118	-21
9	10	I2	II	9	II	5	5	5	10	8		110	99	106	-18
7	II	6	7	10	I3	7	6	6	6	4		99	93	95	14
10	9	4	9	6	I3	5	9	6	8	5		97	100	98	24
10	10	4	9	9	II	2	6	4	5	3		101	86	92	21
10	I6	10	8	10	I3	2	5	4	4	5		II2	84	97	I
10	4	3	8	4	9	7	5	5	4	3		91	87	88	0
10	9	6	7	4	I2	10	9	7	9	6		95	110	101	19
II	I6	II	II	I3	I5	10	9	8	9	8		101	113	119	-3
II	I4	8	I2	I2	I5	8	7	10	10	7		116	111	115	-6
II	I2	II	II	II	I4	6	8	9	II	7		120	112	114	-6
I2	10	10	II	I2	I4	7	5	5	9	5		115	101	109	3
II	I4	10	9	I5	I2	I3	8	I3	10	6		120	124	118	-14
II	4	8	9	8	II	5	5	4	7	3		101	97	96	8

RESULTS WECHSLER

P.G.

INF	COMP	CHIF.	AR	SIM	VOC	Classt.	Compl.	Cubes	Ass.	Code	QI Verb.	QI Perf.	QI total	Index
1	2	3	4	5	5A	6	7	8	9	10				
6	5	8	8		8	5	5	4	6	3	87	74	79	-1
10	5	8	6	II	II	8	5	9	4	6	94	87	90	-2
12	6		8	I	I	8	9	5	9	6	97	97	96	24
2	1	2	6	I		5	5	4	I	4	64	75	67	-14
8	5	10	8	8	10	8	7	5	5	8	95	96	94	-14
9	4	8	10	10	12	10	8	5	9	7	97	103	99	10
9	10	10	10	10	13	8	7	8	9	5	107	101	105	-1
8	7	6	6	12	11	5	7	6	8	5	97	95	95	15
6	7	3	7	10	10	5	6	I	2	3	96	81	86	8
9	8	6	8	9	10	2	7	4	4	3	98	85	90	16
9	9	6	7	12	12	10	7	6	8	6	101	103	101	16
10	5	10	8	10	12	8	8	8	10	5	102	108	104	6
9	9	10	11	10	11	14	5	8	8	5	109	110	110	-19
9	7	6	6	9	9	7	7	4	7	6	97	99	97	13
14	11	6	9	10	17	10	11	13	10	7	110	121	117	15
10	4	6	6	10	10	5	6	5	5	5	96	94	93	11
13	12	8	6	11	12	5	9	10	9	5	110	108	109	14
10	10	8	9	11	12	5	8	5	9	5	108	99	103	18
9	9	3	8	12	12	5	11	4	10	3	107	106	105	22
9	5	6	6	9	10	2	7	4	4	3	96	94	92	13

Ces tableaux montrent que à l'index de WECHSLER :

Pas de détérioration :

12 normaux, c'est-à-dire	60 %
14 psychosés	- 70 %
9 P.G.	- 45 %

Détérioration possible :

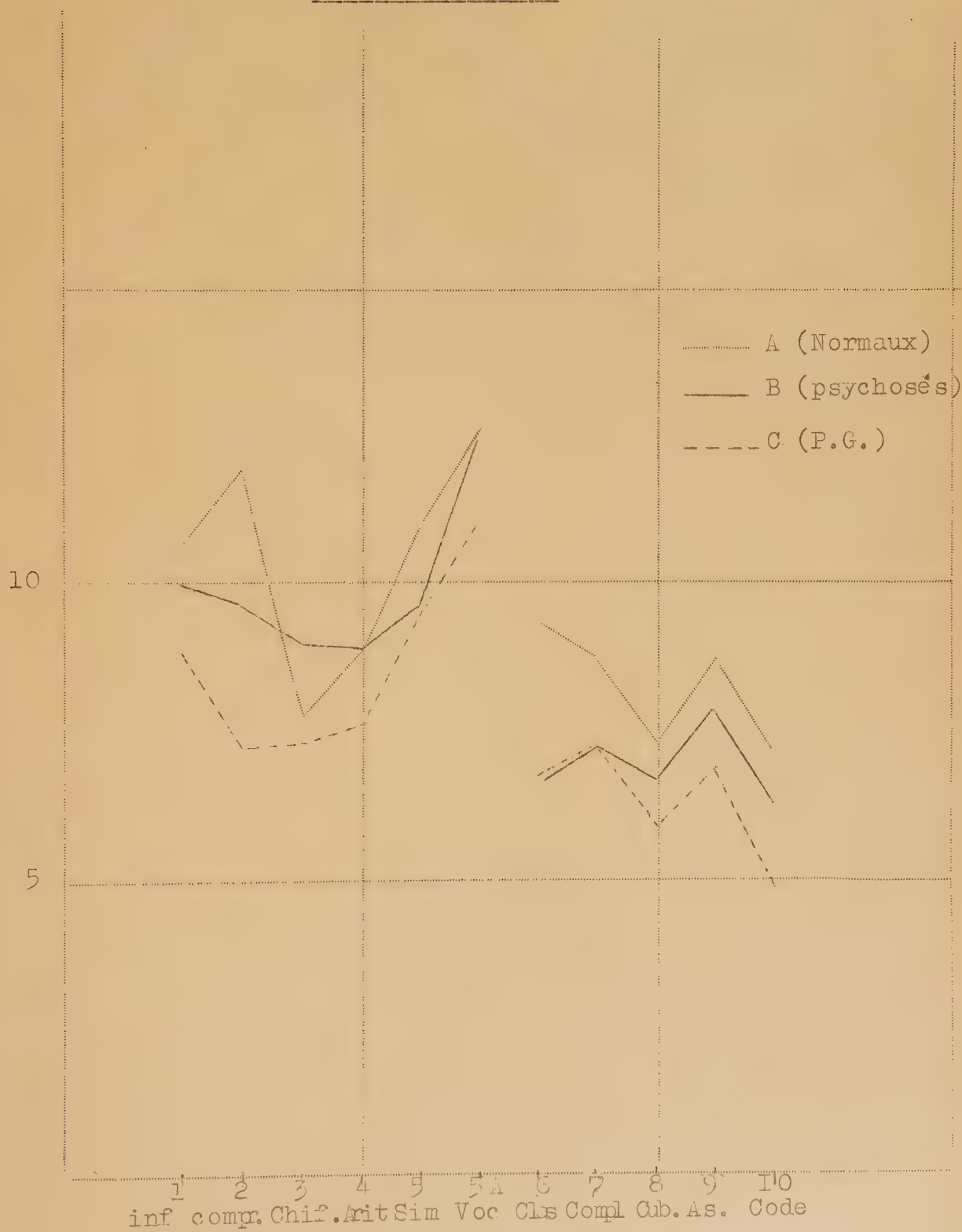
5 normaux, c'est-à-dire	25 %
3 psychosés, .	- 15 %
9 P.G.	- 45 %

Ont une détérioration :

3 normaux, c'est-à-dire	15 %
3 psychosés	- 15 %
2 P.G.	- 10 %

On voit que l'index de détérioration semble avoir mal différencié normaux et malades,

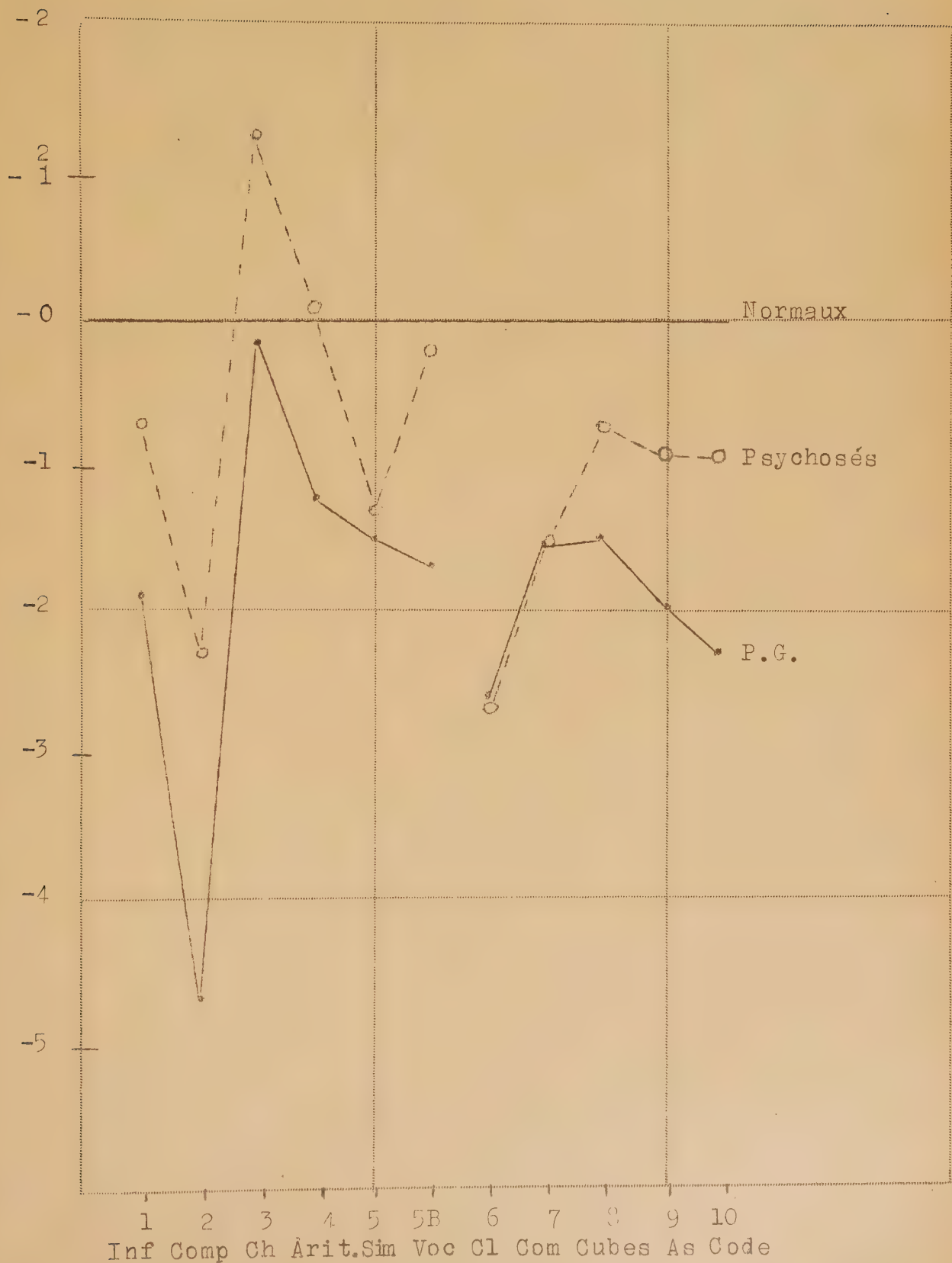
mais, comme nous le reverrons, 7 P.G. au moins (soit 35 %) ont eu une détérioration non diagnostiquée par l'index .

LES PROFILS W.B.

PROFILS DES PSYCHOSES ET DES P.G.
(Ecart par rapport aux normaux)

100.

--



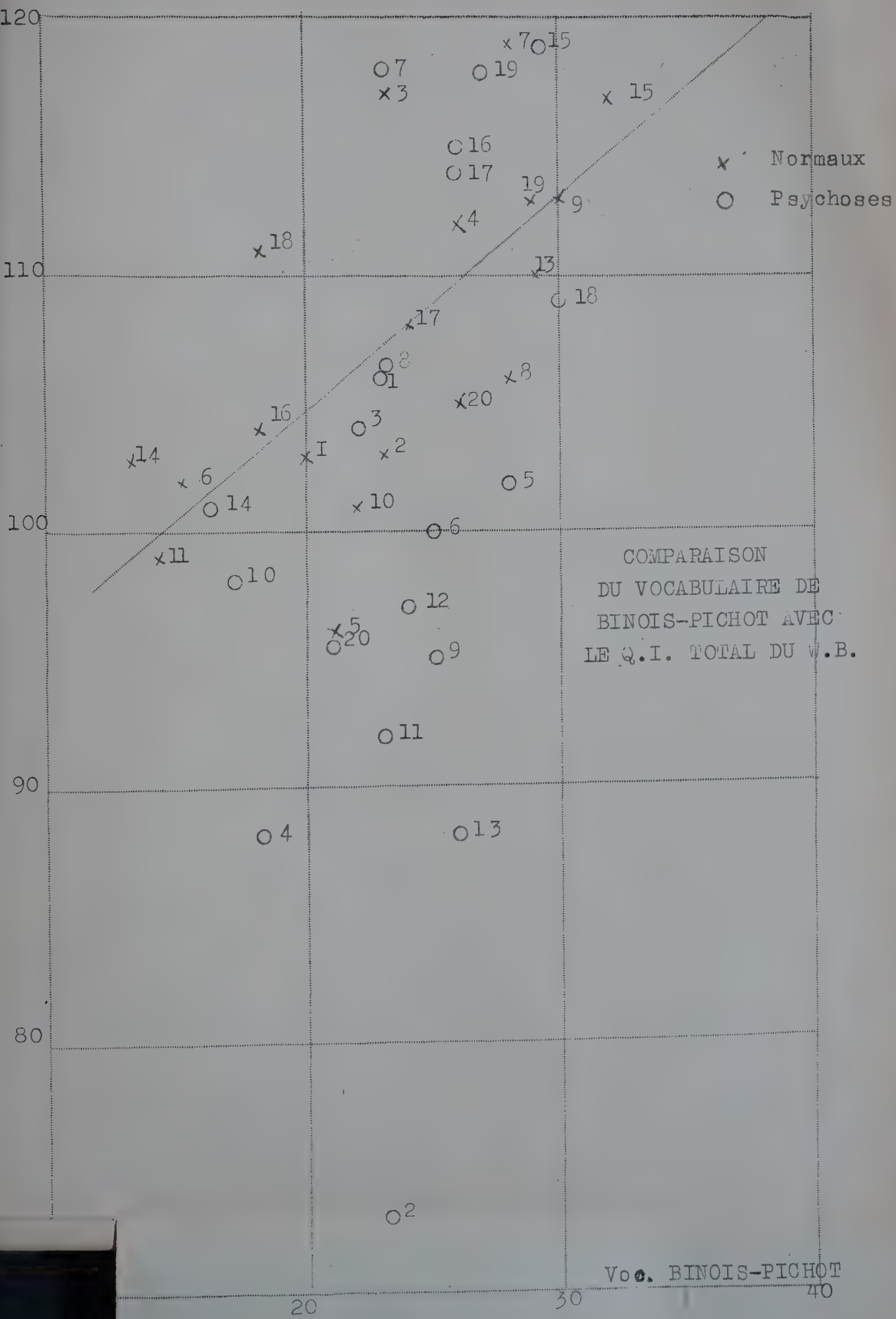
Quant à la comparaison des profils, elle ne nous a pas permis une étude statistique.

La comparaison du profil des P.G. et des psychosés permet seulement de voir que la courbe des P.G. est régulièrement inférieure à celle des psychosés pour tous les subtests.

que chez les P.G. et chez les psychosés les résultats les plus bas sont ceux de : cubes de KOHS et code.

VI - La détérioration jugée par la comparaison du test
de vocabulaire de BINOIS-PICHOT avec un autre test
(mots couplés, Q.I. total du W.B., P M 38)

-:-



COMPARAISON
DU VOCABULAIRE DE
BINOIS-PICHOT AVEC
LE Q.I. TOTAL DU W.B.

Vo. BINOIS-PICHOT

x 12

120

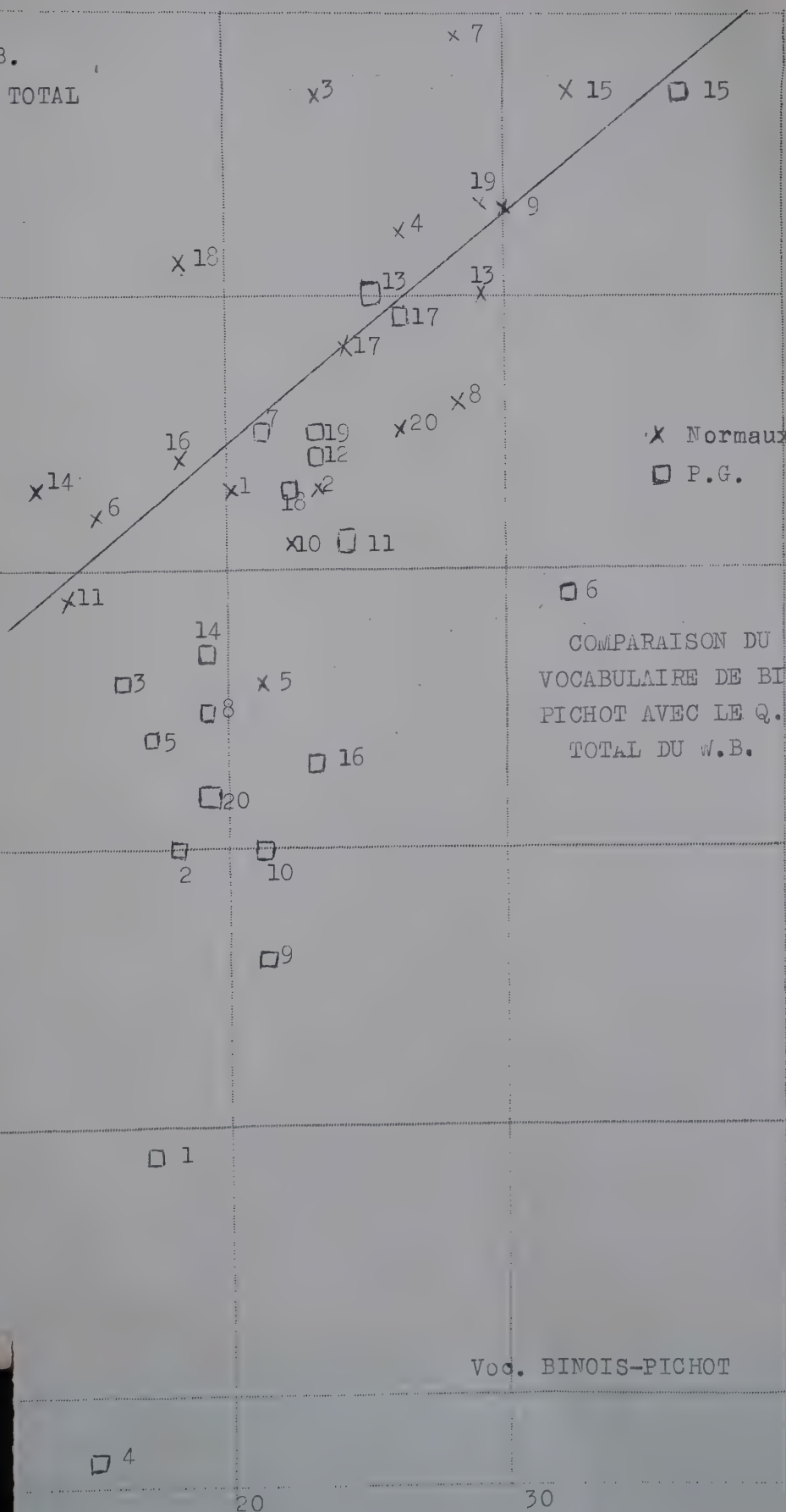
W.B.
QI TOTAL

110

100

90

80



Ces graphiques montrent que :

A/ - 10 P.G. sur 20 se situent au niveau ou en dessous de la plus basse note (Q.I.) obtenue par les normaux.

8 P.G. se situent nettement en dehors de la zone de normalité.

B/ - 6 psychosés sont au niveau ou en dessous de la plus basse note obtenue par les normaux.

6 psychosés sont en dehors de la zone de normalité.

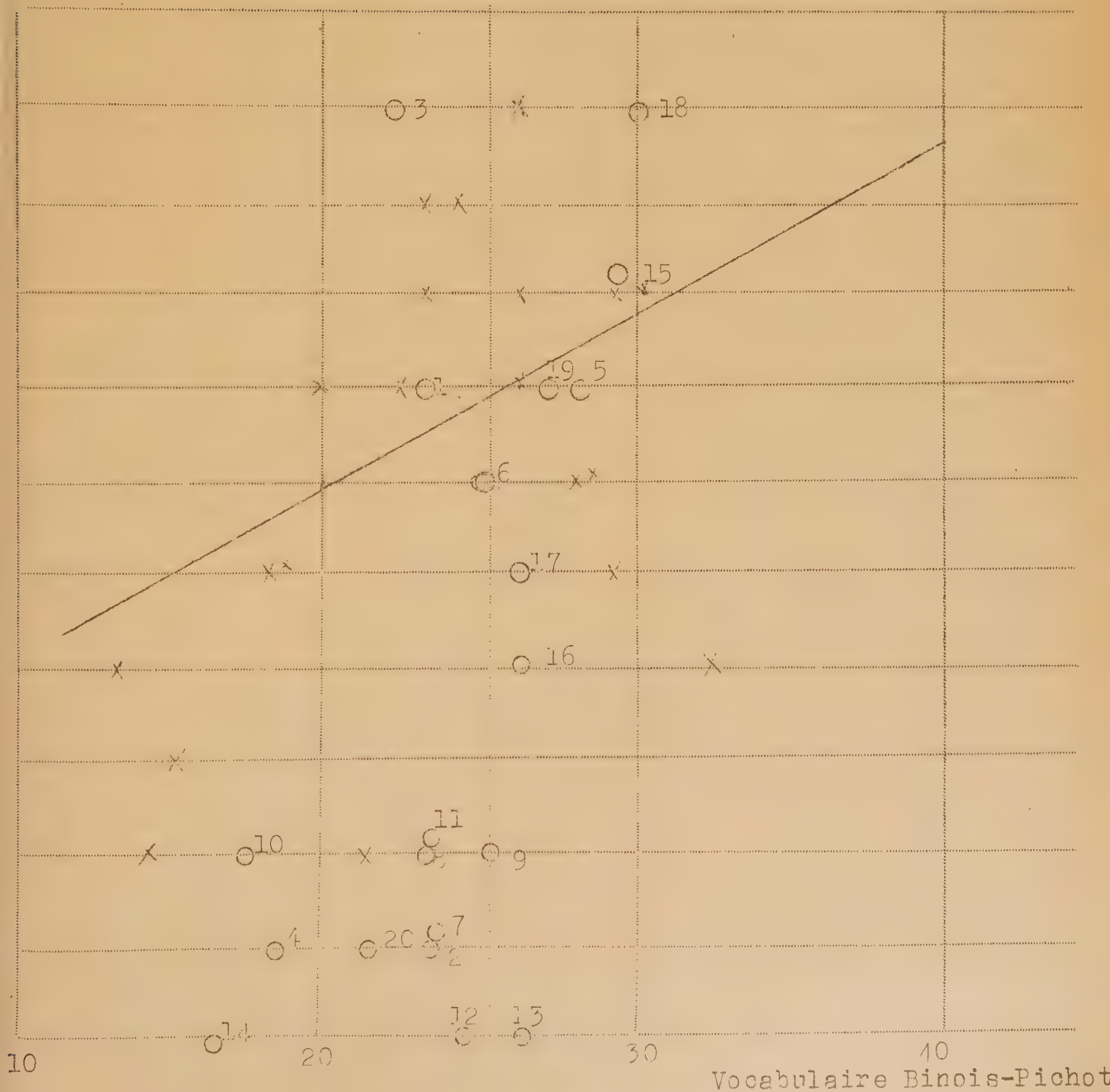
1/3 des malades environ se distingue nettement des normaux.

COMPARAISON DU VOCABULAIRE DE BINOIS PICHOT
AVEC LE TEST DES MOTS COUPLES
(SCORE AUX MOTS DIFFICILES DE CE TEST)

ts
fficiiles

× Normaux

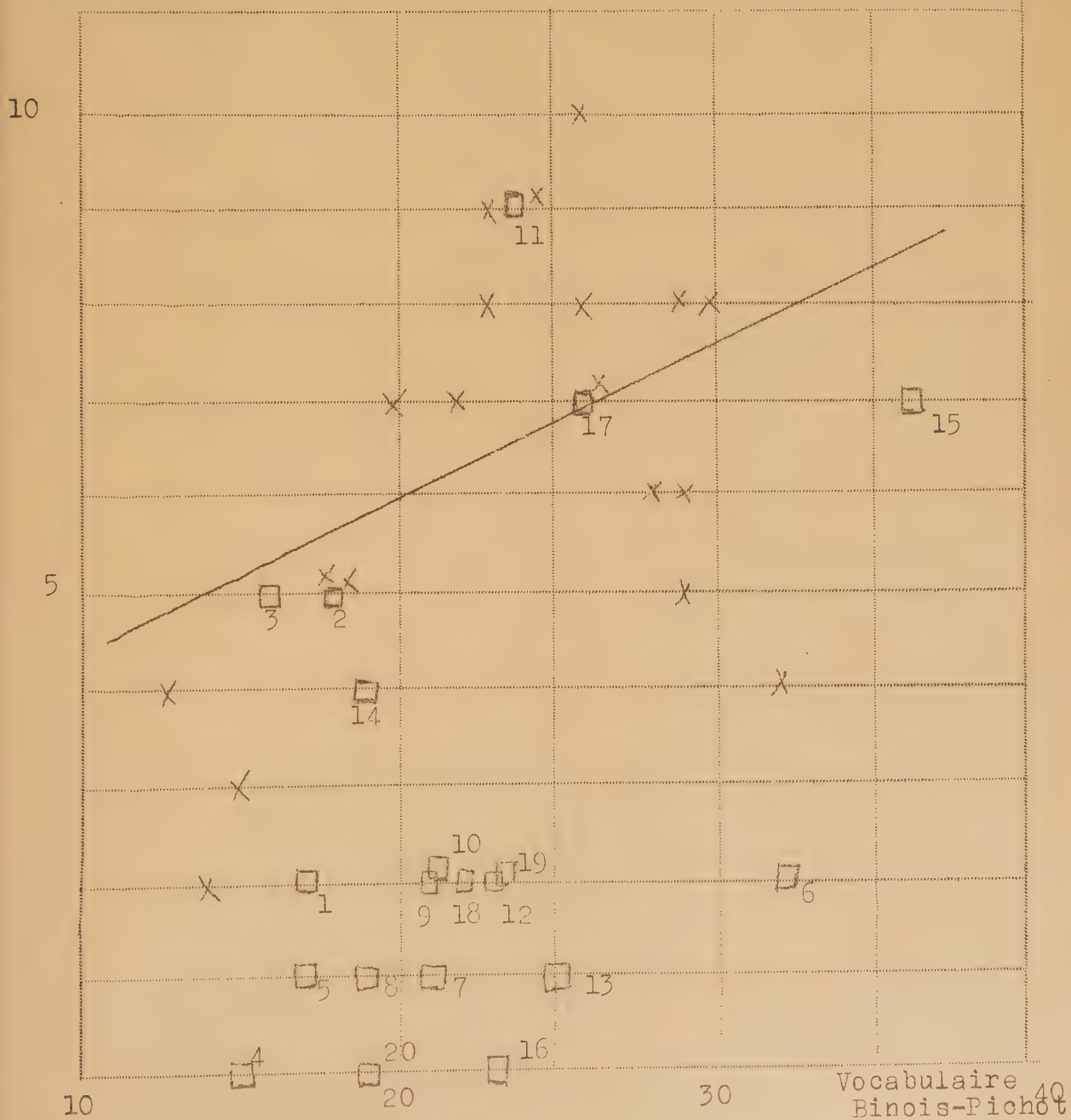
○ Psychoses



COMPARAISON DU VOCABULAIRE DE BINOIS PICHOT
 AVEC LE TEST DES MOTS COUPLES
 (SCORE AUX MOTS DIFFICILES DE CE TEST)

X Normaux

□ P.G.

Mots
Difficiles

Ces graphiques montrent que :

A - 14 P.G. sur 20 se situent au niveau ou au dessous de la plus basse note obtenue par les normaux.

14 se groupent, sur le graphique, nettement en dehors de la zone de normalité.

B - 11 psychosés sur 20 se situent au niveau ou en dessous de la plus basse note obtenue par les normaux, - et 10 en dehors de la zone de normalité.

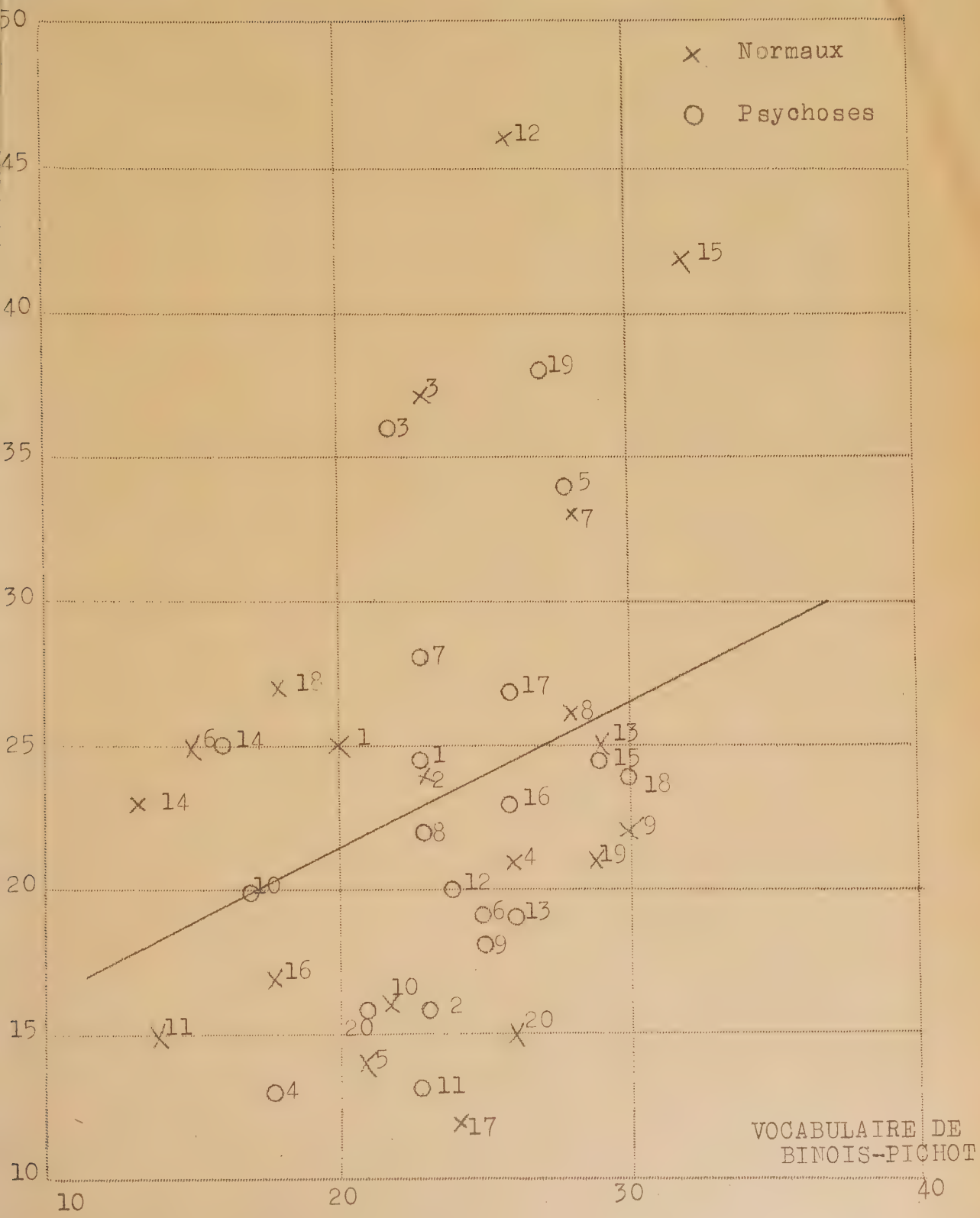
C - 60 % des malades se distingue nettement des normaux.



COMPARAISON DU VOCABULAIRE DE
BINOIS PICHOT AVEC LE PM 38

PROGRESSIVE
MATRICES 38

--

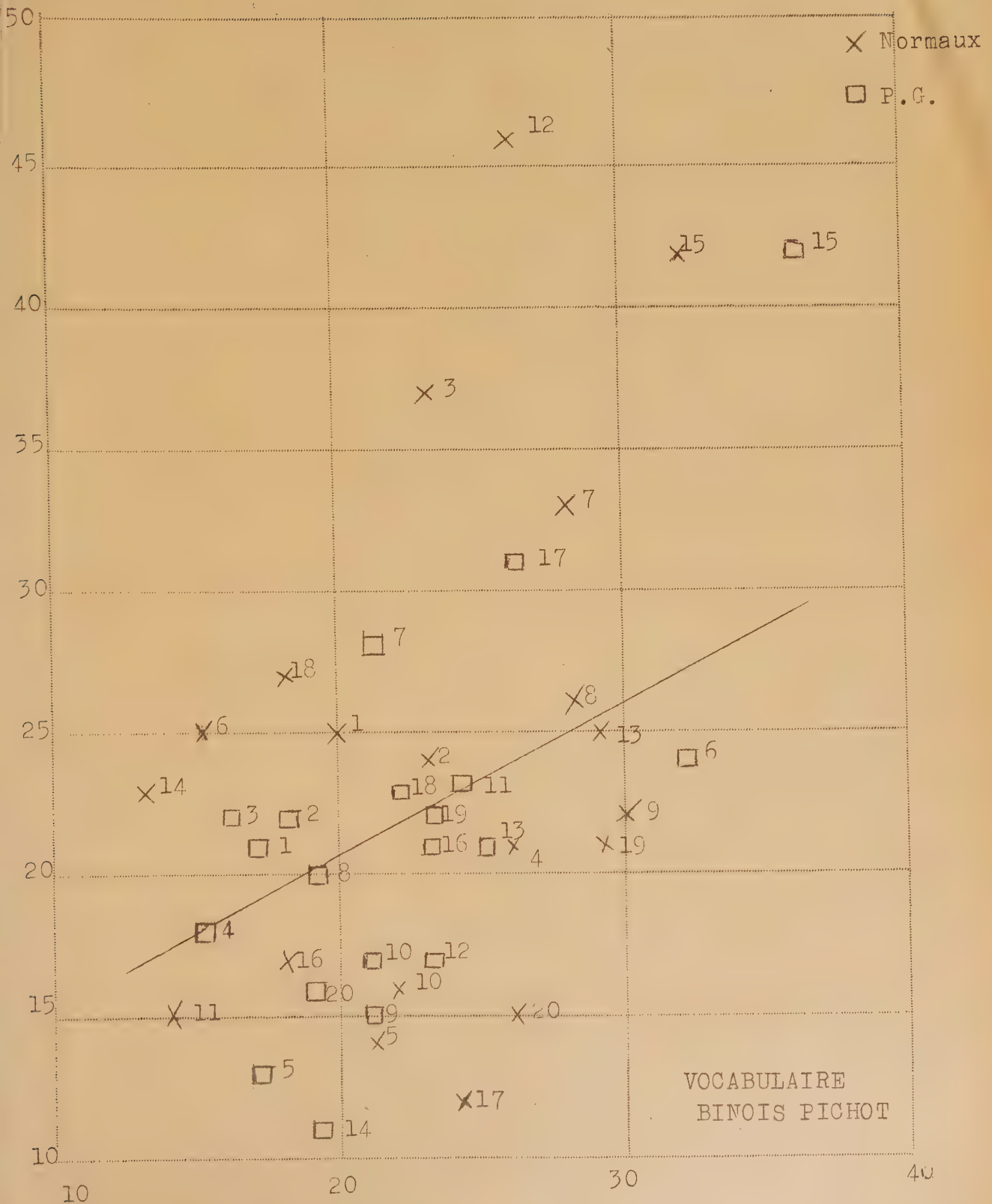


COMPARAISON DU VOCABULAIRE DE BINOIS PICHOT AVEC LE P M 38

110.

ROGRESSIVE
MATRICES 38

--



Ces graphiques montrent que :

ni les psychosés, ni les P.G. ne se différencient nettement des normaux. -

- Mais il nous a semblé que les sujets testés, de niveau intellectuel moyen, étaient dépassés par la difficulté du problème - Aussi les résultats sont-ils "peu étalés".

-:-

VII - COMPARAISON DE L'APPRECIATION DE LA DETERIORATION PAR
LES 3 DIFFERENTS MOYENS (la clinique, la comparaison
du Q.I. de WECHSLER-BELLEVUE avec le Vocabulaire,
la comparaison des mots couplés avec le Vocabulaire).

On a ramené les réponses à la distinction suivante en
3 points :

- 1° - pas de détérioration
- 2° - détérioration douteuse
- 3° - détérioration certaine -

Les résultats sont les suivants :



PAS DET.

DOUTEUX

DETERIORES

	CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$		CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$		CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$
1	X		X	X			X							
2											X	X	X	X
3			X	X			X				X			
4								X			X	X		X
5	X		X				X		X					
6														
7	X	X	X			X	X		X					X
8			X				X				X			X
9			X			X		X				X		X
0							X		X		X		X	
1						X			X			X	X	
2			X			X						X		X
3			X								X	X		X
4							X	X			X			X
5		X	X	X		X								
6														
7	X	X	X						X					
8		X	X	X		X			X					
9		X	X	X		X	X				X			
0			X								X	X		X
pre														
al.	4	5	14	4		7	8	3	7		9	7	3	9
%	20%	25%	70%	20%		35%	40%	15%	35%		45%	35%	15%	45%

P.G.

PAS DET.

DOUTEUX

DETERIORES

N°	CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$	CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$	CLIN	$\frac{Q.I.}{VOC}$	INDEX	$\frac{MC}{VOC}$
1			x					x	x	x		
2			x					x	x	x		
3					x	x		x			x	
4			x						x	x		x
5			x			x			x			x
6			x						x	x		x
7			x			x			x			x
8						x	x		x			x
9			x						x	x		x
0							x		x	x		x
1				x		x	x		x			
2			x		x	x						x
3		x	x						x			x
4						x	x	x	x			
5	x					x	x	x				
6					x		x			x		x
7				x	x	x	x					
8						x	x		x			x
9					x	x					x	x
0							x		x	x		x
bre												
e												
al.	1	1	9	2	5	11	9	5	14	8	2	13
%	5%	5%	45%	10%	25%	55%	45%	25%	70%	40%	10%	65%

On a vu que l'index de détérioration semble mal différencier normaux et malades.

Par ailleurs, si l'on compare l'index de WECHSLER aux autres appréciations de la détérioration (sur le total, psychoses + P.G.) on trouve :

1° - malades non détériorés :

57,5 %	à l'index WECHSLER
15 %	$\frac{MC}{Voc}$
15 %	$\frac{Q.I}{Voc.}$
12,5 %	appréciation clinique

2° - détérioration douteuse

30 %	à l'index de WECHSLER
30 %	$\frac{MC}{Voc.}$
47,5 %	$\frac{Q.I}{Voc.}$
30 %	clinique

3° - malades détériorés

12,5 %	à l'index de WECHSLER
37,5 %	$\frac{Q.I.}{Voc.}$
55 %	$\frac{M.C.}{Voc.}$
57,5 %	par la méthode clinique.

L'index de WECHSLER n'a donc montré que 12,5 % de sujets détériorés (contre 57,5 % cliniquement, et respectivement, 55 % et 37,5 % aux 2 méthodes qui utilisent comme comparaison un test de vocabulaire :

- a) les 4 méthodes donnent un pourcentage voisin de réponses douteuses - (30 à 45 %)
- b) il apparaît probable que l'index de WECHSLER a considéré comme non détériorés des sujets détériorés (considérés comme détériorés par les 3 autres méthodes).

Effectivement si l'on reprend les résultats de malades à index de WECHSLER négatif ou bas en examinant les scores aux tests qui tiennent, on s'aperçoit que :

1° - P.G. : 4 P.G. (n° 1, 2, 4, 9) ont des résultats très bas aux tests qui tiennent (et qui probablement n'ont pas tenu)

Ce sont probablement de ~~grandes~~ détériorées.

Elles ont été considérées cliniquement comme détériorées la malade n° 1 comme très détériorée.

3 P.G. ont également des résultats bas aux tests qui tiennent et sont suspects de détérioration malgré leur index, ce sont les n° 5, 6, 13 -

Ces 3 malades sont détériorées cliniquement et aux mots couplés.

2° - Psychosés :

Les malades 8 et 13, non détériorées à l'index ont des "tests qui tiennent" bas et sont sans doute détériorées.

La malade 8 a été considérée comme détériorée par la clinique et les mots couplés:

La malade 13 par la clinique, les mots couplés, et le rapport Q.I.
Voc.

9 malades sur 40 (25 %) ont donc eu une détérioration non diagnostiquée par l'index de WECHSLER,

mais l'interprétation de l'index (en tenant compte de sa **défaillance** en cas de grande détérioration) diminue considérablement l'écart - dans nos résultats - entre son appréciation de la détérioration et celle des autres méthodes -

En effet, tous ces malades ont des "tests qui tiennent" notablement bas, quoi qu'il en soit, l'utilisation d'un test de vocabulaire, pour apprécier le niveau prémorbide nous a paru une méthode plus sûre.

C O N C L U S I O N S

-:-

La confrontation de ces résultats nous permet de dégager les conclusions suivantes :

I.- DIAGNOSTIC DE LA DETERIORATION MENTALE

Le problème difficile dans la mesure de la détérioration mentale est l'appréciation du niveau antérieur à la maladie.

Pour apprécier ce niveau, en dehors de la méthode longitudinale, on est obligé de se référer à des tests réputés bien tenir malgré la maladie ou la sénilité.

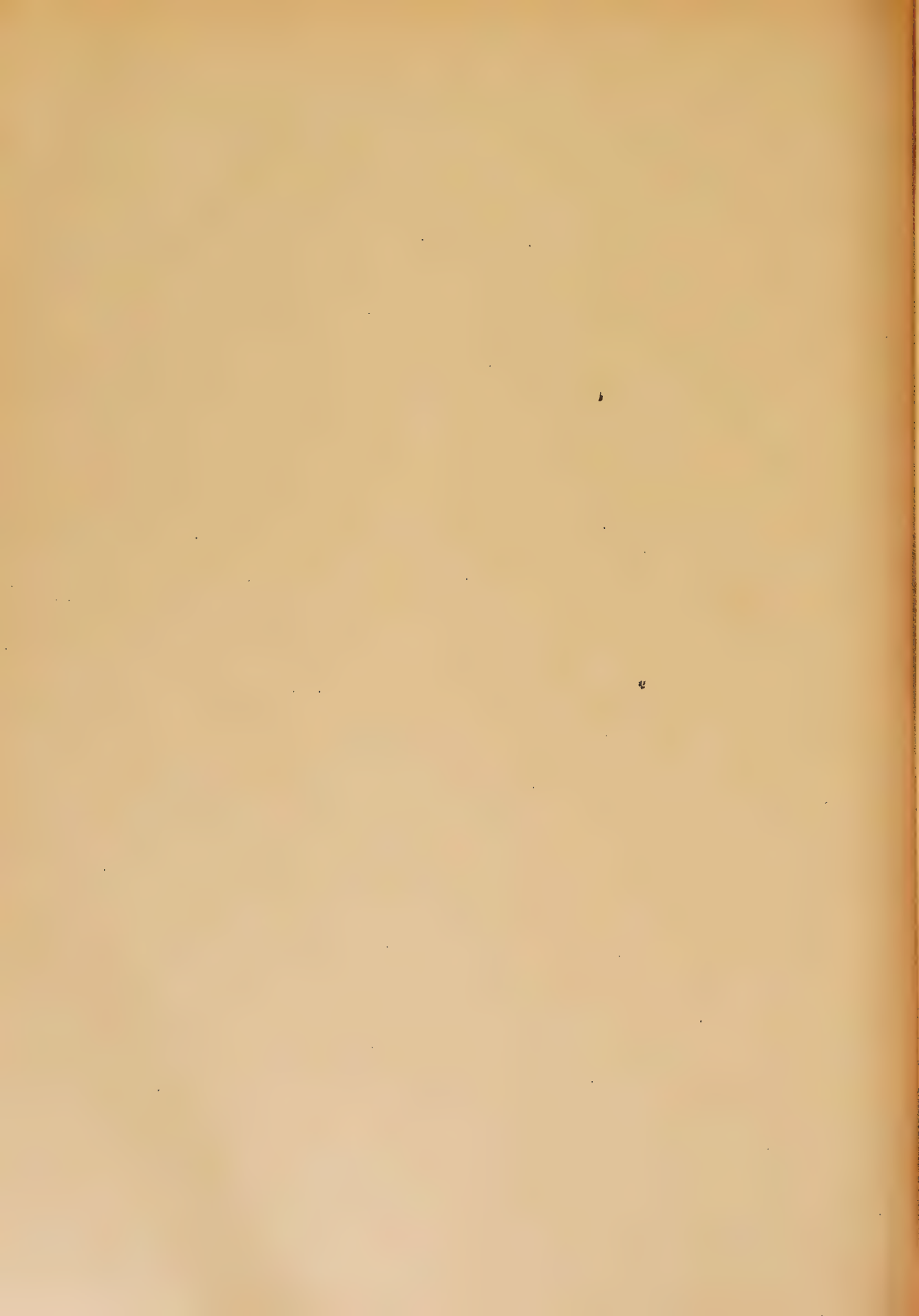
A/ - Les "tests qui tiennent" de l'index de WECHSLER ont été critiqués. Selon RAPPAPORT notamment, "information, compréhension, vocabulaire ne sont pas des indices valables pour apprécier le Q.I. prémorbide."

Dans notre travail, l'index de détérioration n'a pas montré de détérioration pour 9 malades vraisemblablement détériorés.

Il n'a montré que 12,5 % de sujets détériorés.

Toutefois, en examinant attentivement les "subtests qui tiennent", il était possible de voir que l'index était en défaut.

L'index de WECHSLER conserve donc toute sa valeur sous certaines conditions (homogénéité suffisante et niveau suffisant pour chacun des groupes de subtests que l'on compare).



Un Index de WECHSLER bas, comme cela est souvent signalé dans la littérature, peut cacher une détérioration importante ou une débilité.

B/ - La comparaison d'un test de Vocabulaire avec un test d'intelligence nous a paru une méthode très sûre.

C'est celle qui est la moins critiquée dans la littérature.

C/ - Un Test de Mémoire (Rappel immédiat), test de rétentivité mnésique, le Test des Mots Couplés, s'est montré un test excellent, (aussi bien employé seul que comparé à un test de vocabulaire).

Or, son application ne demande qu'une dizaine de minutes.

D/ - Par contre, le test de rétention visuelle de BENTON et le Progressive Matrices 38 se sont montrés peu discriminatifs.

Toutefois, nous pensons que la comparaison du P.M. 38 avec un test de vocabulaire est sans doute un excellent moyen de mesure de la D.M. pour les sujets de niveau intellectuel suffisant.

E/ - Quoi qu'il en soit, par n'importe quelle méthode, 30 % des malades n'ont pu recevoir d'autre diagnostic que "Possibilité de Détérioration".

II.- DISTINCTION DES PSYCHOSES ET DES P.G.

Nous n'avons trouvé aucune différence nette entre les deux. Le test de Contrôle mental qui a montré une différence significative doit être critiqué.

Les différences entre les Profils du W.B. (courbe des

P.G. régulièrement en dessous de celles des psychoses) n'ont pas été suffisantes pour donner lieu à une étude statistique.

III.- NOTION DE DETERIORATION CLINIQUE

Il est difficile de comparer la détérioration jugée par les cliniciens et la détérioration psychométrique.

Toutefois, il nous a semblé que le clinicien avait tendance à juger surtout le Niveau actuel du malade plutôt que la comparaison de ce niveau avec un niveau antérieur.

IV.- COMPARAISON DES TESTS ENTRE EUX

Nous avons vu l'accord relatif de 3 méthodes (détérioration clinique, rapport de M.C. à Voc., rapport de Q.I. à Voc.) et le désaccord relatif de ces méthodes avec l'Index de WECHSLER.

La littérature nous a montré la rareté des corrélations élevées entre les différentes méthodes de mesure.

De plus, l'étude comparative des tests de D.M. est handicapée par l'absence d'Unité Etalon.

Or, "la méthode la plus satisfaisante serait un étalonnage en "écart étalon" du test d'efficiencce actuel par rapport au score vocabulaire" (P. PICHOT)

Quoi qu'il en soit, la méthode la plus sûre de mesure de la D.M. est sans doute la comparaison d'un test (ou d'un ensemble de tests) d'efficiencce avec un test de vocabulaire.



Vu :
Le Président :
signé : DELAY

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : JEAN SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

-:-

- AITA (J A), ARMITAGE (S G); REITAN (R M), RABINOWITZ (A)
The use of certain psychological tests in the
evaluation of brain injury
J gen psychol. 1947 37 25-44
- ALEXANDER (FRANCIS)
A selective survey of the W.B. section of Rappa-
port's diagnostic psychological testing
Canada J. psychol. 1947 111-115
- ALIMENA (BENJAMIN)
Norms for scatter analysis on the Wechsler Belle-
vue intelligence scales
J clin psychol. 7 1951 289-90
- ALLEN (ROBERT M)
The test performance of the brain diseased
J clin psychol. 4 Ja 48 381-4
- ALLEN (ROBERT M)
A note on the use of the Bellevue Wechsler scale
mental deterioration index with brain injured
patients
J Clin. Psychol. 4 Ja 48 38-9

ANDERSEN (LLOYD A)

The effect of laterality localisation of brain damage on Wechsler Bellevue indicis of deterioration
J. clin. psychol. 1950 6 191-94

ARKOLA (AUDRY L)

An experimental study of the effects of sodium amytal upon performance on the Hunt Minnesota test for organic brain damage
J. clin. psychol. III Ja 47 392-6

ARKOLA (A)

The effect of Sodium Amytal upon performance on the HUNT MINNESOTA for organic brain damage.
Unpublished master's thesis University of Minnesota 1945

ARMITAGE (STEWART G)

An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury
Psych. monographs vol 60 N° 1 Whole N° 277
Washington DC American Psychological Association Inc 1946

ATKEY (RICHMOND R)

An empirical validation of the Wechsler Bellevue test for mental deterioration
Master's thesis, University of Toronto (Toronto, Canada) 1949 p. 14

AVAKIAN (SONIA A)

A study of the applicability of the Minnesota test for organic brain damage to children (10 t 16)
Unp master's thesis Fordham university 1945

BABCOCK (HARRIET)

The level efficiency theory of intelligence
J. psychol. 11 Ap. 41 261-70

BALINSKY (BENJAMIN)

An analysis of the mental factors of various age groups from nine to sixty
Genetic Psychol Monogr. 23 F.41 191-234

BEHRENS (HERMAN D), NESTER (ROYAL F)

Intellectual changes during maturity and old age
Rev. educ. res. 20 1950 361-66

BENSBERG (GERARD J), SLOAN (WILLIAM)

A study of Wechsler concept of normal deterioration in older mental defectives
J. clin. psychol. 6 0 50 359-62

BENTON (ARTHUR L), and HOWELL (IRA L)

The use of psychological tests in the evaluation of intellectual function following head injury : report of a case of post traumatic personality disorder

Psychosom Med III Ap 41 138-151

BENTON (ARTHUR L), WEIDER (ARTHUR), BLAUVELT (JEAN)

Performances of adult patients on the Bellevue Intelligence Scales and the revised Stanford Binet

Psychiatric q. 15 0.41 802-6

BENTON (ARTHUR L) HOWELL (IRA L)

The use of psychological tests in the evaluation of intellectual function following Head injury - post trauma

Psychosomat Med Ap 41 138-51

BLAKE (ROBERT R), Mc CARTY (BILLY S)

A comparative evaluation of the Bellevue Wechsler Mental deterioration index distributions of Allen's brain injured patients and of normal subjects

J. clin. psychol. 4 0 48 415-8

BOEHM (ALICE E), SARASON (SEYMOUR B)

Does Wechsler's formula distinguish intellectual deterioration from mental deficiency ?

J. abn and social psychol 42 J1 47 356-58

BOTWINICK (JACK), BIRREN (JAMES E)

The measurement of intellectual decline in the senile psychosis

J Consult Psychol 15 Ap 51 145-50

BOTWINICK (JACK), BIRREN (JAMES E)

Differential decline in the Wechsler Bellevue subtests in the Seniles Psychoses

J. geront 1951 365-68

BRADFORD (E J G)

Comments on the Shipley Hartford vocabulary test
J Mental Sci 91 Ja 45 119-21

BRODY (M B)

The measurement of dementia
J mental Sci 88 Ap '42 317-27

BRODY (M B)

A Psychometric study of dementia
J. Mental Sci 88 042 512-33

BROOKS (LEAH E)

The application of the Hunt Minnesota test for
organic brain damage and the Wechsler Bellevue
test to psychotic patients before and after
Schock Therapy

BROWN (MARY MORROW)

A study of performance on a deterioration test as
related to quality of vocabulary and rigidity
Amer. Psychol. 3 1948 372

BROWN (MARY MORROW)

A study of performance on a deterioration test
as related to quality of vocabulary and rigidity
Abst Am Psychol 3 Ag 48 372

BURR (EMLY)

Prime factors in the placement of the below
normal
Amer J Mental Def 51 Ja 47 428-34

CATTELL (RAYMOND B)

Classical and standard score I.Q. standardization
of the I.P.A.T. Culture-Free intelligence scale 2
J consult psychol. 15 Ap 1951 154-159

CHESROW (EUGENE J) (Chicago III Med Sch), WOSCKA (PAUL H),
REINITZ (ARTHUR H)

A psychometric evaluation of aged white males
Geriatrics 1949 4 169-77

CLEVELAND (SIDNEY E), DYSINGER (DON W)

Mental deterioration in seniles psychosis
J Abn & Soc Psychol 39 Jl 44 368-72

COHEN (JACOB)

WMS performance of psychoneurotic organic and
schizophrenic groups
J consult. psychol. 14 0 50 371-5

COPPLE (GEORGE ELLIS)

Senescent decline on the Wechsler Bellevue Intelligence scale, Doctor's thesis, University of Pittsburgh (Pittsburgh PA 1948)
Abstract of doctoral dissertations
1948-1949 pp. 227-236

FANELLI (GLORIA C)

An evaluation and comp of the Wechsler Bellevue memory and the Hunt Minnesota test for organic brain damage
Master's thesis Fordham Univ. New-York 1948

FECHER (IRVING BERNARD)

The effeciency of the Shipley Hartford retreat scale for measuring mental impairment in relation to age and other factors
Unpublished master's thesis Univ. of Pittsburgh 1946

FLEMING (W T H)

The Shipley harford retreat scale for measuring intellectual impairment
J. Mental Sci 89 Ja 43 64-8

FOSTER (AUSTIN)

Age and the Wechsler Bellevue Scattergraph
J clin psychol 3, Ja 1947 396-7

FOX (CHARLOTTE), BIRREN (JAMES E)

Intellectual deterioration in the aged : Agreement between the Wechsler Bellevue and the Babcock-Levy
J. Consult. Psychol. 14 AG 50 305-10

FOX (CHARLOTTE), BIRREN (JAMES S)

The measurment of intellectual deterioration in the aged
Am Psychol 5 J1 50 364

FOX (CHARLOTTE)

Vocabulary ability in later maturity
J educ. psychol. 1947 38 482-92

- FOX (CHARLOTTE), BIRREN (JAMES E)
Some factors affecting vocabulary size in late
maturity : age education and length of institu-
tionalization
J geront. 1949 4 19-26
- FOX (CHARLOTTE), BIRREN (JAMES E)
The differential decline of subtests scores of
the Wechsler Bellevue Intelligence scale in
60-69 year-old individuals.
J. genetic psychol 77 0 50 313-317
- GARFIELD (SOL L), FEY (WILLIAM F)
A comparison of the Wechsler Bellevue and Shipley
Harford scales as measures of mental impairment
J. consult. psychol. 1948 12 259-64
- GARFIELD (SOL L)
The Shipley Hartford retreat scale as a Quick
measure of mental status.
J Consult. Psychol. II May J1 47 148 -50
- GELLERMAN (SAUL W), HAYS (WILLIAM)
A Proposed correction for the confounded effects
of cultural variation in intelligence quotients
Amer J ment. Def? 56 1951 177-79
- GERSTEIN (REVA A)
A suggested method for analyzing and extending
the use of Bellevue Wechsler vocabulary responses
J. consult psychol 13 1949 366-70
- GILBERT (JEANNE G)
Measuring Mental efficiency in senescence. Dis-
cussion by Shakow
Am J orthopsychiatry 14 267-72
- GILBERT (JEANNE G)
Memory loss in senescence
J. Abn et Social Psych. 36 Ja 41 73-86
- GILHOOLY (FRANCIS M)
The relationship between variability and ability
in the Wechsler Bellevue.
J. Consult. Psychol. 4 1950 46-48
- GILLILAND (A R)
Differential Functional Loss in certain Psychoses
Abstract Psychol. B. 37 J 1 - 40 -439

GOLDMAN (ROSALINE), GREENBLATT (MILTON), COON (GAYLORD PALMER)

Use of the Bellevue Wechsler scale in clinical psychiatry with particular reference to cases with brain damage
J. Nerv. & Mental dis. 104 Ag. 46 144-77

GOTTBERR (LAURA C)

A comparative study of the Stanford Binet old form Test and Wechsler Bellevue verbal performance and full scale as shown in the results of unselected employees.
Amer. J. ment. Def. 1949 53 497-503

GRAY (CONSTANCE V)

An investigation of the Shipley-Hartford and Wechsler Bellevue scales and measures of deterioration
Master's thesis, University of Toronto (Toronto, Canada) 1949 Pp 45

GREENBLATT (MILTON), GOLDMAN (ROSALINE), COON (GAYLORD P)
Clinical implications of the Bellevue Wechsler Test, with particular reference to cases of injury to the Brain.
Arch neur & psychiatry 56 - D46 714-7

GUTMAN (BRIGITTE)

The application of the Wechsler Bellevue scale in the diagnosis of organic brain disorders
J. clin Psychol 1950 6 195-98

HALSTEAD (H)

An analysis of the matrix test results on 700 neurotic military subjects and a comparison with the shipley vocabulary test.

HUNT (HOWARD F)

A note on the problem of brain damage in rehabilitation and personnel work
J Appl Psychol. 29 Ag.45 282-8

HAYMAN (MAX)

A rapid test for deterioration with comparison of three techniques
J. general Psychol 29 0 43 313-17

HOWELL (TREVOR H)

Senile deterioration of the central nervous system: a clinical study
Brit med J 1 1949 56-58

HUNT (HOWARD F)

A note on the clinical use of the Hunt Minnesota test for organic brain damage
J. appl. psychol. 28 Ap 44 175-8

HUNT (H F)

A note on the problem of brain damage in rehabilitation and personnel work
J appl. psychol. 29 Ag 45 282-8

HUNT (H F)

A practical, clinical test for organic brain damage
J appl Psychol 27 O 43 375-386

HUNT (HOWARD F)

A psychological examination for the detection of intellectual deterioration in organic brain disease
Unpublished doctor' thesis University of Minnesota 1943

HUNT (WILSON L)

The relative states of decline of Wechsler Bellevue "Hold" and "Don't Hold" tests.
J. consult. Psychol. 1949 13 440-43

JASTAK (Joseph)

Problems of psychometric scatter analysis
Psychol B 46 My 49 177-97

JOHNSON (ANNA P)

Measuring mental deterioration by the differential test method
Am. J. Mental Def. 51 Ja. 47 389-90

JOHNSON (LENNART C)

Wechsler Bellevue pattern analysis in schizophrenia
J. consult. psychol. 1949 13 32-33

JOHNSON (ANNA P)

Measuring mental deterioration by the differential test score method
Amer J ment Def. 1947 51 389-90

JUCKEM (HARRIET), WOLD (JANE A)

A study of the Hunt Minnesota test for organic brain damage at the upper levels of vocabulary
J consult psychol 12 Ja-F48 53-57

KAHN (THEODORE)

An original test of symbol arrangement validated
on organic psychotics
J consul. Psychol. 1951 15 439-44

KASS (WALTER)

Wechsler mental deterioration index in the diag-
nosis of organic brain disease
Trans Kans. Acad. Sci. 52 049 66-7.

KASS (WALTER)

Wechsler's mental deterioration index in the diag-
nostic brain disease
Trans Kans Acad Sci. 1949 52 66-70

KOBLER (FRANK J)

The measurement of improvement among neuropsychia-
tric patients in an army convalescent facility
J. clin. psychol. 3 Ap. 47 121-8

LEVI (JOSEPH), OPPENHEIM (SADI), WECHSLER (DAVID)

Clinical use of the mental deterioration index
of the Bellevue-Wechsler Scale
J. Abn & Social psychol. 40 0'45 405-07

LEVINE (IONIS S)

Wechsler's signs in the differential diagnosis
of schizophrenia
Amer. Psychologist. 1948 3 345

LEVINE (LOUIS S)

The utility of Wechsler's patterns in the diagno-
sis of schizophrenia
J. consult. psychol. 1949 13 28-31

LEWINSKI (ROBERT J)

The shipley Harford scale as an independance mea-
sure of mental hability
Ed et Psychol. meas. 6 Ju 46 253-9

LEWINSKI (ROBERT J)

Vocabulary and mental measurement : a quantitative
investigation and review research.
J. genetic psychol 72 Je 48 247-81.

LIBERSON (W T),

ondes électriques du cerveau et intelligence chez
les malades mentaux
L'Année psychologique - n° 50 - P.U.F. Paris 1951

- LORR (MAURICE), WITTMAN (PHYLLIS), SCHAN (BERGER W)
An analysis of the Elgin Prognostic scale
J. Clin. Psychol. 7 1951 260-63
- MAGARET (ANN), SIMPSON (MARY M)
A comparison of two measures of deterioration
in psychiatric patients
J. consult. psychol. 12 J1 Ag. 48 265-9
- MAGARET (ANN), SIMPSON (MARY)
A comparison of two measures of deterioration
in psychotics. Abstract.
Am. psychol. 2 0.47 427
- MAGARET (ANN), SIMPSON (MARY M)
A comparison of two measures of deterioration
in psychotics
Amer. psychologist. 1947 2 425
- MAGARET (ANN), WRIGHT (CLARE)
Limitations in the use of Intelligence test
performance to detect mental disturbance
J. appl. psychol. 27 0 43 387-98
- MAYMAN (MARTIN)
Review of the Literature of the Babcock test
558-61
In Diagnostic Psychological testing
- MALAMUD (RACHEL F)
Validity of the Hunt Minnesota Test for organic
brain damage
J appl psychol 30 Jn 46 271-75
- MEEHL (PAUL E), JEFFERY (MARY)
The Hunt Minnesota test for organic brain damage
in cases of functional depression
J appl psychol 30 Jn 46 276-87
- MUNDY (JOHN PRICE)
The immediate effect of alcohol on intelligence
as measured by the Wechsler Bellevue
Master's thesis, University of Virginia
(Charlottesville, Va) 1948 Pp. III 142
- MADONICK (M J), SOLOMON (MARIAN)
The Wechsler Bellevue Scale in individuals past
sixty
Geriatrics 2 Ja. F. 47 34-40

- RAPPAPORT (DAVID) with the collaboration of MERTON GILL and
 ROY SCHAFER Chap. 3 The Babcock Test 3I9-8I 523-32
 In Diagnostic Psych. testing. Theory and applica-
 tion of a battery of test.
- RAPPAPORT (DAVID) with collaboration of ROY SCHAFER and
 MERTON GILL
 The Bellevue Scale p. 121-52
 In Manual of Diagnostic psychological testing
 Vol 2 N° 2 New-York Jr Foundation.
- RAPPAPORT (SHELDON R), WEBB (WILSE B)
 An attempt to study intellectual deterioration by
 premorbid and psychodtic testing
 J. consult psychol. 14 Ap 50 95-8
- RAUTMAN (ARTHUR L)
 The measurement of deterioration in mental defi-
 ciency
 Am. J. mental Def. 46 041 220-4
- REYNELL (W R), OXOR (D M)
 A psychometric method of determining intellectual
 loss following head injury
 J mental sci. 90 J144 710- 19
- ROBERTS (A DUDLEY)
 Intelligence and performance test patterns among
 older mental defectives
 Am J. mental Def 49 Ja 45 300-3
- ROGERS (LAURENCE S)
 A comparative evaluation of the Wechsler Bellevue
 mental deterioration index for various adult
 groups
 J. clin psychol 6 Ap 50 199-202
- ROGERS (LAURENCE S)
 A note on Allen's index of deterioration
 J clin psychol 6 Ap 50 203
- ROGERS (LAURENCE S)
 A comparative evaluation of the Wechsler Bellevue
 deterioration index for various adult groups
 J. Wolowyo Acad Sci 1949 4 (I) 53-54
- SCHAFER (ROY)
 The significance of scatter in research and prac-
 tice of clinical psychology
 J. psychol. 18 J1 44 119-124

SHAFFER (ROY)

The clinical application of psychological test
Internat. Universities Press 1948 P 346

SHARP (AGNES A)

A statistical analysis of the validity of the
Babcock test of mental deterioration
Abstract . psychol. B 36 J1 39 508

SCHERER (I W)

The psychological scores of mental patients in an
individual and group testing situation
J clin. psychol. 5 oct 1949 405-408

SCHLOSSER (JOHN R), KANTON (ROBERT E)

A comparison of Wechsler's deterioration ratio
in psychoneurosis and schizophrenia
J consult psychol 13 Ap 49 10-10

SEIDENFELD (MORTON A)

Measuring Mental Competency in the Aging
Am J Orthopsychiatry 14 273-5

SEIDENFELD (MORTON)

Division on maturity and old age
Amer. Psychol. 5 J1 50 364-65

SHIPLEY (WALTER C)

A self administering scale for measuring intellec-
tual imperment and deterioration
J Psychol 9 Ap 40 371-7

SHIPLEY (WALTER C)

A comparison of two techniques for measuring in-
tellectual imperment and deterioration
Abst Psychol B 37 J1 40 438-9

SHIPLEY (WALTER C), BURLINGAME (C CHARLES)

A convenient self-administering scale for measu-
ring intellectual impairment in psychotics
Amer. J. Psychiatry 97 My 41 1313-1314

SHOBEN (EDWARD JOSEPH JR)

The Wechsler Bellevue in the detection of anxie-
ty : A test of the Raskis Welsh Hypothesis
J consult psychol. 14 F50 40-5

SHOORE (ANDREY B)

A Study of performance on the Babcock of a group
of selected patients manic depressive, before
and after shock
Unpubl. master's thesis Univ. of Iowa 1945

SILVA (JOSEPH J)

The use of the WMS in differential diagnosis
Master's thesis Fordham Un. New-York 1949

SLATER (PATRICK)

Interpreting discrepancies
Brit. J. Med. psychol. 19 1943 415-19

SLOAN (WILLIAM)

Validity of Wechsler's deterioration quotient in
high grad mental defectives
J. clinical psychol. 3 J1. 47 287-8

STANTON (JOHN M)

An investigation of the validity of the mental
deterioration index of the Wechsler Bellevue Scale
in indicating organic brain pathology.
Master's thesis Fordham University (New-York) 1949

STONE (CALVIN P), GIRDNER (JOHN) and ALBRECHT (RUTH)

An alternate Form of the Wechsler Memory Scale
J psychol 1946 22 199-206 PA 2I 9I9

STONE (CALVIN P)

Characteristic losses and gains in scores on the
WMS as applied on psychotic patients before, during
and after a series of electroshocks
Am Psychol I Ju 46 245

STONE (CALVIN P)

Characteristic Losses and gains in scores on the
WMS as applied on psychotic patients before, during
and after a series of Electroshocks
Am Psychol 1946, 1, 245 PA 20 368I

VERNON (PHILIP E)

Recent investigation of intelligence and its
measurement
Eugenics rev. 43 1951 125-137

WATSON (ROBERT I)

Clinical method in psychology 349-53
New-York Harper and Brothers 1951

WEBB (BERNARD)

The use of the Wechsler Bellevue intelligence
Test in the study of mental deterioration
Proc. Iowa Acad. Sci. 47 1942 450-51

WECHSLER (DAVID)

A standardized memory scale for clinical use
J. Psychol. 19 Ja 45 87-95

WECHSLER (DAVID)

A standardized Memory Scale for clinical use
J. Psychol. 1945 19 87-95 PA 19 1186

WECHSLER (DAVID)

The measurement of adult intelligence, Second
Edition
Baltimore M.D. Williams & Wilkins Co 1941,
Pp XI 248

WECHSLER (DAVID)

The measurement of adult intelligence -
Third edition
Baltimore M.D. Williams & Wilkins Co 1944 Pp
VII 258

WEIDER (ARTHUR)

Effects of age in the Bellevue Intelligence
Scales in Schizophrenic patients
Psychiatric q. 17 AP. 43 337-46

WESLEY (S M)

A study of the use of recent memory test in
the measurement of intellectual deterioration
Doctors thesis Un. of Minnesota 1941

WHEELER (ERMA TILTON)

A validation study of the Shipley Hartford scale
Unpublished master's thesis Univ. of Pittsburgh
1944

WHITEMAN (MORDECAI)

Altitude as a reference point in scatter ana-
lysis
J clin Psychol 1950 6 160-64

WILSON (L. HUNT)

The relative rates of decline of Wechsler Bel-
levue "Hold" and "Don't Hold" Tests.
J consult psychol 13 D 49 440-3

WITTENBORN (J R) , HOLZBERG (J D)

The Wechsler Bellevue and descriptive diag-
nosis
J consult psychol 15 A 1951 325-329

WRIGHT (C)

The nature of the decline of performance abilities in adult morons as compared with that of normal adults
Unpublished doctor's thesis Stanford University 1943

WRIGHT (M ERIK)

Use of Shipley-Hartford test in evaluating intellectual functioning of neuropsychiatric patients
J appl. psychol. 30 F 46 45-50

YACORZYNSKI (G K)

An evaluation of the postulates underlying the Babcock deterioration test
Psychol rev 48 My 1941 261-67

